

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° 388

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean LÉVY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Né le 24 mars 1910, à Paris.

**Contribution à l'étude de la
technique et de la tactique opératoires
de l'hystérectomie totale**

Président : M. Pierre Mocquot, Professeur.

PARIS

AMÉDEE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean LÉVY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Né le 24 mars 1910, à Paris.

**Contribution à l'étude de la
technique et de la tactique opératoires
de l'hystérectomie totale**

Président : M. Pierre Mocquot, Professeur.

PARIS

AMÉDEE LEGRAND, ÉDITEUR

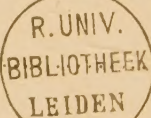
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert LEBRE.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FISSINGER.
Clinique médicale	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
	LEREBOULLET.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...

Professeurs sans chaire



HAZARD.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
SANNIÉ.
VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD Histologie.	DE GAUDART D'AILLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY . Pharmacologie.

MM.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.
 AGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROcq.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUENU.
 VELTER.

Clinique chirurgicale

MM.
 ECALLE.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

A MA FEMME ET A MA FILLE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE (in memoriam)

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT

Professeur de Clinique Gynécologique.
Chirurgien de l'Hôpital Broca.

*Qui a bien voulu me faire l'honneur de
présider cette thèse. En témoignage de res-
pectueuse admiration.*

A MON MAÎTRE LE DOCTEUR DENIKER

Chirurgien de l'Hôpital Tenon.

*Qui m'a inspiré le sujet de ce travail. Té-
moignage de gratitude pour l'excellente
année d'internat accomplie sous sa bien-
veillante direction.*

A MON MAÎTRE LE PROFESSEUR BRINDEAU

Témoignage de ma respectueuse affection et de gratitude pour tous ses conseils, pour tout son enseignement, pour la voie qu'il m'a montrée.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVY-SOLAL

Témoignage de ma reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il m'a réservé une place dans son service.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN

En remerciement de l'accueil qu'il m'a fait à Tarnier à la fin de mon Internat.

A MON MAÎTRE LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LANTUEJOUL

Expression de mon plus entier dévouement pour l'intérêt et la sollicitude dont il a toujours fait preuve à mon égard.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

Stage.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ

Externat.

MONSIEUR LE PROFESSEUR SORREL

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PASTEUR VAL-
LERY-RADOT

MONSIEUR LE DOCTEUR MONOD ROBERT

MONSIEUR LE DOCTEUR HUBER

Internat.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

MONSIEUR LE DOCTEUR MONOD ROBERT

MONSIEUR LE DOCTEUR DENIKER

MONSIEUR LE DOCTEUR CAPETTE

A MESSIEURS LES DOCTEURS

GUEULETTE

SEILLE

SAUVAGE

Chirurgiens des Hôpitaux.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

ISELIN,

Chirurgien de l'Hôpital Américain.

MERGER

WEILL (M. A.)

POUGIN

DE LAFONTAINE

FLORAND

A TOUS MES AMIS D'INTERNAT

INTRODUCTION

Une question de technique pure.

Une question d'indications, de plan, de tactique opératoire, tels seront les deux points qui nous retiendront dans cet exposé.

1° QUESTION DE TECHNIQUE.

Il semblait bien depuis WIART, depuis la thèse de DIAMANT-BERGER qu'elle fût réglée. Or, au cours de notre séjour dans le service du Docteur DENIKER, nous avons été frappé par une technique qui, tout en assurant une sécurité absolument comparable, nous a semblé beaucoup plus simple, beaucoup plus aisée, beaucoup plus rapide. C'est l'exposé en détail de cette technique, que nous qualifierons d'hystérectomie simplifiée, qui sera le point essentiel de ce travail.

Mais nous voulons insister immédiatement sur un point : cette technique applicable à un certain nombre de cas déterminés ne doit point être considérée comme une « opération-standard » utilisable dans toutes les éventualités. Déjà du point de vue purement technique nous rejetons toute idée préconçue, tout rigorisme, toute ligne immuablement tracée. On ne peut prétendre, à des cas extrêmement variés op-

poser un geste uniforme, rigide et déterminé, une fois pour toute. En particulier, jamais la sécurité ne doit être sacrifiée à la rapidité, à l'élégance à la simplicité. Quand les deux ordres de faits ne se contrecarrent pas c'est à la solution la plus simple, la plus élégante que le chirurgien doit se rallier. Pour tous les autres cas, c'est à la solution la mieux adaptée aux circonstances, sans préjugé d'école ou de doctrine. Ceci pour dire que nous ne voulons opposer nullement ladite technique à toutes celles antérieurement décrites. Chacune a sa place, son indication. Nous n'opposons pas une méthode à d'autres. Nous voulons enrichir l'arsenal chirurgical d'une technique bien réglée, trouvant sa place dans certains cas déterminés. Nous noterons que ces cas représentent d'ailleurs l'immense majorité.

2° LA QUESTION DE L'INDICATION, DU PLAN OPÉRATOIRE.

D'après ce que nous venons de dire, elle acquiert une place particulièrement importante.

Tout projet d'hystérectomie pose un premier dilemme :

A) *Totale ou subtotale ?*

Le choix en faveur de ce totale en soulève un deuxième :

B) *Quel procédé utiliser ?*

Les 2 ordres du problème tirent leur solution d'arguments cliniques et opératoires.

Nous diviserons notre étude en 4 parties :

1^{re} partie : Etude comparative de quelques points essentiels de technique, tant dans les procédés antérieurement décrits que dans celui un peu modifié de la « *Totale simplifiée* ».

2^e partie : Indications et tactique : établissement d'un plan opératoire.

3^e partie : description détaillée du procédé d'hystérectomie totale simplifiée. Description sommaire de quelques techniques accessoires.

4^e partie : Etude critique de quelques résultats.

5^e partie : Conclusion.

6^e partie : Bibliographie récente jusqu'à 1930. La bibliographie antérieure se trouve dans la Thèse de DIAMANT-BERGER.

PREMIERE PARTIE

Elle comporte l'étude :

1°) de deux points essentiels :

— *la question de l'hémostase,*

— *la question du drainage.*

2°) d'un point jusqu'ici resté imprécis :

— *la question de l'hémostase des ligaments utéro-sacrés.*

3°) d'un détail nouveau : *L'utilité de l'ablation première des annexes.*

4°) Un détail enfin qui est définitivement réglé : *la nécessité absolue d'un décollement vésico-utéro-vaginal très poussé et très soigné.*

1° LA QUESTION DE L'HEMOSTASE DU PEDICULE UTERO-VAGINAL.

L'hystérectomie totale peut et doit être une intervention aussi exsangue que la totale. La réputation d'insécurité d'hémostase dont a longtemps joui la Totale a vécu. Et ceci du jour où a été mis en lumière l'absolue nécessité d'hémostase non seulement des vaisseaux utérins, mais également de celle des vaisseaux vaginaux. L'hystérectomie totale telle qu'elle

est ordinairement pratiquée est non seulement une hystérectomie, mais encore une colpectomie partielle. Il est curieux de constater que pendant très longtemps ce principe général de chirurgie a été négligé, qui est que toute ablation d'organe doit être nécessairement précédée de l'hémostase de vaisseaux qui s'y rendent.

A. — RAPPEL HISTORIQUE.

Nous n'avons pas ici l'intention de retracer l'histoire complète de ce point si important de technique. Notons simplement que les détails quant à l'hémostase dans l'hystérectomie totale sont longtemps restés flous et imprécis. Jusqu'au jour où les anatomistes ont démontré, non point l'existence, mais l'importance des vaisseaux vaginaux. Rappelons simplement les travaux de FREDET, de DIAMANT-BERGER, Elève de WIART auquel nous devons non seulement une description anatomique précise, mais également les réductions chirurgicales qui en découlent. Associons ces noms, dans ce rapide appel, ceux de DESCOMPS et DEMAREST : ils insistent également sur l'obligation d'une hémostase des vaisseaux vaginaux.

B. — TOPOGRAPHIE SOMMAIRE DE LA ZONE VASCULAIRE LATÉRO-UTÉRO-VAGINAL.

Ces vaisseaux comportent :

1°) des artères assez variables dans leur disposition et nous n'entrerons point dans les détails anatomiques qui ont été poussés très loin dans des études

antérieures et déjà lointaines. Pourtant nous rappelons que tantôt il s'agit de vaisseaux multiples, tantôt d'une artère unique, volumineuse artère cervico-vaginale.

2°) des veines, en énormes plexus, accompagnent le courant artériel.

— Tout ceci pour bien mettre en évidence l'existence dans la région latéro-vagino-isthmique, moins d'un pédicule véritable que d'un très large *feutrage vasculaire*.

— Ce feutrage vasculaire latéro-utéro-vaginal occupe la portion toute interne de *l'aileron utérin* : c'est le repli de Paramètre soulevé par les vaisseaux utérins, toujours nettement visible tant sur les pièces anatomiques que dans le champ opératoire. Il est dans cette zone, triangulaire à grande base axiale. Deux de ses bords nous intéressent particulièrement.

a) *Le bord supérieur*, contenant le tronc de l'utérine lui-même. Dans une large courbe à concavité supérieure il se prolonge sur le bord utérin, où les vaisseaux s'appliquent de plus en plus étroitement sur les parois de l'organe. Il comporte donc 2 segments :

un segment horizontal,

un segment vertical : latéro-utérin, séparés par la crosse du tronc utérin.

b) *Le bord interne*. A ce niveau, le tissu cellulaire de la gaine hypogastrique se continue sans ligne de démarcation avec les couches les plus superficielles du vagin. *C'est la région du pédicule vaginal*, ce terme

étant d'ailleurs mauvais. Il n'existe point ici de pédicule, mais une ligne vasculaire artério-veineuse.

c) *Déductions pratiques.*

Le temps principal du dégagement cervico-vaginal est la section de l'aileron latéro-utérin, sa séparation d'avec le vagin et l'isthme utérin, ceci bien entendu, sous la garantie d'un *clampage d'hémostase*.

Envisageant les différentes modalités de ce clampage, on peut le réduire schématiquement à deux :

- a) Le double clampage,
- b) Le clampage simple.

a) *Le double clampage.*

Il caractérise le procédé de WIART, si bien décrit dans la thèse de DIAMANT-BERGER. Il comporte :

1° clampage de l'utérine.

2° clampage de l'utéro-vaginale, c'est-à-dire du point de vue pratique :

1°) Mise en place comme dans une subtotalité d'une pince perpendiculaire au bord utérin à la jonction des segments horizontal et vertical du bord supérieur de l'aileron utérin.

2°) Mise en place, après section du pédicule utérin d'une pince parallèle au bord de l'utérus, c'est-à-dire sur le bord interne et vertical de cet aileron.

C'est un procédé excellent, auquel se rallient de très nombreux chirurgiens, sinon la majorité d'entre eux.

C'est un procédé qui trouve de multiples indications, même quand on préconise pour certains cas,

comme nous allons le faire tout à l'heure, le clampage simple de l'utérin et des vaisseaux vaginaux.

L'hémostase de la subtotalité totalisée ne représente au fond qu'une variante de ce procédé.

b) *Le clampage unique.*

M. GOSSET dans technique primitive de totale, insistant sur la nécessité d'hémostase des vaisseaux cervico-vaginaux, pour obtenir une section « à blanc du vagin » proposait l'hémostase par une pince unique. Secondairement il se ralliera au procédé du clampage double.

Nous voudrions ici remettre en faveur, dans certaines circonstances bien entendu, le clampage unique.

Il consiste à placer une pince unique, verticale, parallèle au bord latéral de l'isthme utérin. Elle agrippe :

1) *le bord supérieur de l'aileron*, à l'union de ses 2 segments horizontal et vertical, assurant l'hémostase du tronc utérin.

2) *son bord interne*, obstruant les vaisseaux cervico-vaginaux.

Pourquoi cette défaveur, cet abandon de ce procédé ?

On a pu lui reprocher le danger de lésion de l'uretère. Le décollement vésico-vaginal poussé, le dégagement soigneux du vagin, l'ascension du bloc utéro-vaginal sont les conditions premières de l'intégrité de l'uretère. La pince vaginale du procédé double risque autant de blesser le conduit urinaire, si ces conditions ne sont pas remplies.

Le gros danger de lésion urétérale c'est le lachage de la pince, le repêchage aveugle des vaisseaux dans le paramètre. C'est un accident qui peut se produire dans le procédé de WIART. *Ces risques seraient plus grands encore dans le procédé à clampage unique si l'on se contentait de l'instrumentation ordinaire.* Là est vraisemblablement la vraie cause de l'abandon du procédé de clampage simple. La pince de KOCHER ou



FIG. 1.

ses similaires sont manifestement insuffisants. Les différentes sortes de clamps, malgré leur puissance n'offrent pas assez de sécurité, ou bien ont une forme insuffisamment adaptée à la fonction qu'on leur demande.

M. DENIKER a fait construire un clamp ne représentant point un instrument particulièrement spécial, et qui de ce fait, trouve sa place dans toute boîte, et dans toute boîte de chirurgie gynécologique en particulier (Fig. 1).

Ce n'est d'ailleurs qu'une modification du clamp

de TOUPET. Mais ce dernier est à mors relativement courts et courbes. Le Clamp à totale est un clamp à mors droits et longs (8 cm. 5). Le bout en est comparable à celui d'une pince de KOCHER. La face mordante est différente pour les 2 pièces :

— une pièce mâle est munie de 5 petits boutons qui vont s'encastrent dans autant de petites alvéoles dont est pourvue la pièce femelle.

Par ailleurs les faces mordantes sont obliquement striés.

Les branches de la pince sont longues.

Dernier argument enfin avancé par les partisans du double clamping : il vaut mieux lier séparément l'utérine et ses branches cervico-vaginales.

« Il vaut mieux » : mais les faits démontrent que les ligatures uniques n'offre véritablement pas de danger. Rien d'ailleurs n'empêche de pratiquer une ligature double enchaînée. Tous les détails techniques seront ultérieurement précisés.

2° LA QUESTION DU DRAINAGE.

Certains ont préconisé (PASCALIS) la fermeture du vagin après ablation de la pièce opératoire. C'est faire perdre à l'hystérectomie totale son plus gros avantage et bien souvent sa principale indication : le drainage déclive.

Une thèse récente (SAUTTER 1938) a insisté sur la nécessité d'un drainage vaginal, drainage large qui assure l'évacuation des liquides du paramètre et du

Douglas, sous la protection d'un cloisonnement du petit bassin, en l'occurrence par la suture vessie-rectum. L'auteur préconise la totale pour toute ablation de fibrome, aux seules fins de drainage large déclive. Il n'y a donc pas de discussion possible : le vagin doit rester ouvert et constituer un couloir de drainage.

Nous étudierons brièvement :

- les modalités de drainage,
- les modalités de péritonisation.

A) LES MODALITÉS DE DRAINAGE.

a) *Drainage déclive simple.*

- 1) par tube de caoutchouc,
- 2) par le tube de caoutchouc flanqué de 2 mèches, mollement tassées dans le Paramètre.

b) *Drainage déclive associé à un drainage abdominal.*

Le drainage abdominal complémentaire réalise 2 types.

- 1) *Le petit drainage de sécurité*, par drain placé au fond du Douglas, qu'il faut s'abstenir de cloisonner en pareil cas.

Nous connaissons les inconvénients du drainage abdominal, même minime et dont le plus grave est l'occlusion, d'où la nécessité d'ablations rapides, du drain au bout de 24 à 48 heures. Sa présence toutefois nous paraît justifiée. Elle permet, sinon un drainage absolument mécanique, du moins un contrôle et une possibilité d'action sur le fond du cul-de-sac de DOUGLAS.

En cas de drainage déclive simple, ce Douglas forme en arrière du vagin un récessus, qui ne pourrait être drainé que par fente de la paroi vaginale postérieure.

2) *Le grand drainage par mèches et par Mickulicz.*

Il a ses défenseurs, il a ses détracteurs. Pour notre part nous pensons que l'intérêt même de certaines totales est d'éviter le Mickulicz et nous verrons ultérieurement au chapitre des indications les diverses raisons qui militent en faveur de ces totales « *par indication de drainage* ».

B) LES MODALITÉS DE PÉRITONISATION.

a) *La péritonisation sans cloisonnement* doit nécessairement accompagner le drainage mixte à drain abdominal de sécurité.

La péritonisation est banale et se rapproche beaucoup de celle pratiquée dans une subtotal. Suture du péritoine vésical :

— Au péritoine du versant antérieur du Douglas sur la ligne médiane.

— Au restant du feuillet postérieur du ligament large, sur les côtés.

b) *La péritonisation avec cloisonnement du petit bassin :*

Préconisé systématiquement par beaucoup d'auteurs, il devient une nécessité absolue dans certains petits bassins dépéritonisés.

1) *Cloisonnement recto-vésical* : la cavité créée est

petite. La technique en est simple. Il convient parfaitement dans les hystérectomies avec déperitonisation à prédominance médiane.

2) *Cloisonnement colo-vésical*. — Il est la seule ressource quand la déperitonisation est massive et qu'on veut éviter le large drainage abdominal.

Conclusions.

La multiplicité des procédés ne laisse que l'embarras du choix. Chacun d'eux a son indication. Elle sera ultérieurement précisée.

3° LA QUESTION DE L'HEMOSTASE DU LIGAMENT UTERO-SACRE.

DIAMANT-BERGER dans sa thèse, si soucieux qu'il soit de l'hémostase, néglige complètement, ou presque celle des ligaments utéro-sacrés. « Il faut couper ceux-ci au ras de l'utérus si l'on veut éviter qu'ils ne saignent ». Mieux vaut croyons-nous les couper franchement et en assurer l'hémostase : ceci de deux manières possibles :

1) En les liant avant leur section par passage d'un fil qui étreint leur bout sacré.

2) soit par pose d'une pince au moment de la section de l'hémi-circonférence postérieure du vagin.

L'hémostase définitive sera assurée :

— soit par les points passés d'un surjet, qui court par ailleurs sur toute la tranche vaginale.

— soit par 2 points séparés en X prenant appui dans la paroi vaginale.

4° L'UTILITE DE L'ABLATION PREMIERE DES ANNEXES.

Elle est de pratique courante dans l'hystérectomie totale élargie. Elle n'a point encore été préconisée systématiquement dans la pratique de la totale simple. Et pourtant elle est d'une incontestable utilité. Elle dégage d'emblée tout le petit bassin et surtout les parties latérales. Elle ouvre aussi un large excès sur les faces latérales du col et du vagin. Et nous insisterons ultérieurement sur la nécessité de cette largeur d'accès, pour la liberté de manœuvre, la sécurité des gestes et la bonne marche générale de l'intervention.

5°) LA NECESSITE D'UN DECOLLEMENT VESICO-UTERO-VAGINAL SOIGNEUX.

Ce n'est pas là une nouveauté. Tous ceux qui se sont occupés de la question y ont longuement insisté. La question est trop importante pour ne pas y insister encore. Ce doit être l'acte le plus méthodique, le plus soigneux, le plus scrupuleux de l'intervention. Associé à l'ascension utérine, il déporte en dehors le croisement vasculo-urétéral.

6° DIRECTIVES TECHNIQUES GENERALES.

De ce qui précède nous pouvons déjà du point de vue purement technique tirer les directives et le schéma général suivant.

A) *Nécessité en matière de technique d'éclectisme.*

Aux cas simples, techniques simples, bien réglées.

Aux cas complexes, adaptation aux circonstances, le souci constant devant être la sécurité, immédiate, secondaire et tardive.

B) *Dans tous les cas, nécessité de liberté de manœuvre surtout sur les faces latérales du col.* La sécurité est à ce prix. D'où l'utilité :

a) *de désencombrement immédiat du petit bassin.*

1) par ablation première des annexes dans les cas relativement simples.

2) par recours autant qu'il sera nécessaire à l'hystérectomie subtotalisée, toutes les fois que le libre accès de la région latéro-utéro-cervico-vaginale est entravée soit par un excès de volume du corps, soit par un excès de volume des annexes, à la condition qu'il ne s'agisse pas de cancer.

3) par restriction aussi grande que possible du nombre de pinces utilisées.

4) Par utilisation de pinces à branches longues, émergeant de la plaie opératoire sans encombrer le fond du petit bassin.

c) *Nécessité d'une hémostase parfaite.* Cela va sans dire et a déjà été suffisamment mis en lumière. Tout ce qui précède d'ailleurs ne vise qu'à renforcer la sécurité de cette hémostase.

d) *Nécessité absolue d'un drainage déclive sous péritonisation.*

DEUXIEME PARTIE

LES INDICATIONS. L'ETABLISSEMENT GENERAL DU PLAN OPERATOIRE

Le souci d'éclectisme qui nous a guidé dans la critique de quelques procédés opératoires nous a suivi dans la question des indications en général et dans la conduite de la tactique opératoire en cours d'intervention même. Nous pensons que, sur un plan plus général, en chirurgie quelle qu'elle soit les résultats sont plus fonctions de la valeur de l'indication que du détail technique, toute faute matérielle lourde étant écartée, bien entendu. Et nous insistons sur l'importance de l'examen clinique, orienté dans le sens chirurgical, avant tout soucieux de prévoir les difficultés à rencontrer et les moyens pour y pallier. Importance également de l'examen à ventre ouvert, du choix rapide mais décidé d'une technique adaptée à chaque lésion, et ceci quitte à se contredire soi-même, à renier les prévisions d'une clinique erronée ou imparfaite.

Dans l'ensemble deux questions se posent :

1° *totale ou subtotal* ?

2° Si la totale est décidée, *quel procédé utiliser ?*

Nous répétons que les réponses à ces deux questions se fondent essentiellement sur 2 examens :

— *l'examen clinique,*

— *le Bilan des lésions en cours même d'intervention.*

I. TOTALE OU SUBTOTALE ?

Il est des cas où c'est une question superflue.

Il en est d'autres où elle se pose et s'est toujours posée puisqu'elle a alimenté et n'a pas fini d'alimenter la querelle entre totalistes et subtotalistes.

1°) *Il est des cas où la question est superflue.* La totale s'impose et s'impose à tout prix, et ceci quelques soient les difficultés prévues ou rencontrées, et à la condition, bien entendu, que nulle contre-indication ne vienne faire obstacle. Nous ne ferons que rappeler très rapidement ces indications indiscutables. Elles groupent dans l'ensemble des lésions malignes ou suspectes de malignité, et avant tout des lésions corporeales.

A) *Le cancer du corps utérin* est l'indication par excellence à l'hystérectomie totale. Il fournit, dans le cadre technique, l'opération schématique et didactique.

B) *Le chorio-epithelionne.*

C) *L'utérus à corps suspect de la femme après la ménopause.* Cette citation étant faite sans que nous voulions prendre parti dans la discussion soulevée quant à la conduite à tenir en présence de ces utérus saignants post-ménopausiques.

— La totale pour lésion cervicale a des indications beaucoup plus limitées. Nous ne ferons que signaler celle nécessitée par un *col suspect*, c'est-à-dire un col irrégulier, saignant, à résultats histologiques douteux.

2°) *Il est des cas où elle se pose ou tout au moins peut se poser.*

Cette réserve pour les partisans de la totale dans tous les cas. Leurs arguments en faveur de la totale abondent :

- technique actuellement bien réglée,
- statistiques excellentes,
- énormes avantages de drainage,
- absence de conséquences éloignées sérieuses.

Tous arguments qu'ils opposent aux désavantages dont ils accablent la subtotalé :

- drainage défectueux,
- risques de péritonite à point de départ cervical malgré l'évidement, malgré la cautérisation, malgré l'iodage du moignon, malgré la suture (GOSSET, FUNCK-BRENTANO).

— risques de néoplasie du col restant, à propos desquels abondent les statistiques, plus que les cas.

— Arguments de poids. Mais sont-ils suffisants pour faire rejeter complètement la subtotalé ? Elle reste encore le procédé d'hystérectomie le plus courant. Elle a fait suffisamment ses preuves pour n'être point rejetée complètement et de parti pris. L'une et l'autre opération ont leur place en chirurgie. L'une ne mérite

pas cet excès d'honneur, ni l'autre cette indignité. Tout est cas d'espèce. C'est au clinicien, puis à l'opérateur d'établir une juste discrimination.

A cette discrimination concourent, nous le répétons la clinique et le bilan opération des lésions.

1° *Cliniquement.*

Il est nettement indiqué d'envisager une totale dans deux circonstances :

- *quand il existe des lésions cervicales associées.*
- *quand d'emblée s'impose la nécessité d'un drainage large.*

Dans le premier cas, on peut dire qu'il s'agit d'une totale d'indication cervicale.

Dans le 2^e cas, c'est une totale par indication de drainage.

A) *La totale d'indication cervicale.*

Au fibrome, à la salpingite qui fournissent l'indication de l'hystérectomie s'associent des lésions du col qui commandent la totale.

a) *lésions cervicales suspectes de malignité*, nous le répétons.

b) *lésions de métrite cervicale.*

A peu près la règle dans la salpingite, très fréquentes dans les fibromes qu'il s'agisse d'exo ou d'endo-cervicite.

L'abandon d'un tel col présente 2 inconvénients :

- *un danger immédiat*, de contamination péritonéale et ce malgré les techniques étiquetées subtotaux.

— *un inconvénient à distance* : persistance de pertes abondantes, plus ou moins purulentes. Ce sont ces pertes plus que tout autre signe, qui ont incité les malades à consulter. Et l'on conçoit leur désillusion devant leur persistance, malgré les frais d'une intervention jugée grave et tout au moins douloureuse.

c) *fibrome du col.*

Qu'il s'agisse d'un fibrome de la portion intra-vaginale du col, c'est-à-dire du museau de tanche, ou d'un myome de la portion sus-vaginale de l'isthme.

B) *La totale par indication de drainage.*

De par le seul examen clinique on peut conclure à *la nécessité d'un drainage* :

a) dans les *grosses salpingites* avec masses annexielles volumineuses, adhérentes, dans les cas de pyosalpinx, surtout quand l'interrogatoire retrouve toute une série de poussées aiguës et subaiguës.

b) dans tous les cas où existe une *grosse péri-métrite* manifestée par ce signe majeur que constitue la diminution de la mobilité, voire le blocage de l'utérus.

c) *dans certains fibromes.*

— fibromes accompagnées de salpingite,

— fibromes nécrosés, c'est-à-dire fébriles ou simplement douloureux.

— fibromes sous-muqueux infectés.

Le drainage vaginal est incontestablement supérieur au drainage abdominal et ce pour plusieurs raisons :

1) Le drainage abdominal pur remplit mal ses fonctions parce que non déclive.

2) Le drainage du tissu cellulaire du paramètre a comme corrolaire inéluctable le défaut de péritonisation.

3) La péritonisation correcte, en conséquence, ne permet que le drainage du Douglas, ce qui est notoirement insuffisant.

4) le drain ou la mèche, ou le Mickulicz sont des causes d'occlusion.

5) Les mèches et mieux encore le Mickulicz donnent des suites opératoires pénibles : pansements douloureux, séjour prolongé en milieu chirurgical. Nous voyons apparaître ici un facteur social qui n'est pas négligeable.

6) Le facteur esthétique, à titre secondaire, peut être invoqué : une cicatrice abdominale nette est bien préférable à celle qui résulte d'un drainage plus ou moins prolongé.

Donc préférer le drainage déclive au drainage abdominal.

Ce drainage quand il est vaginal permet :

— une bonne péritonisation,

— une évacuation régulière des liquides septiques des espaces sous-péritonéaux.

— de là à là préconiser d'une manière systématique il y a une marge et nous nous en tenons aux indications ci-dessus énumérées.

Et même dans ce cas nous allons faire d'importantes réserves.

Quoiqu'on dise, quelques réglées que soient actuellement les techniques, la totale doit être considérée comme matériellement plus difficile.

Dans ces conditions, on conçoit l'importance du facteur général, du facteur terrain qui vient peser de tout son poids dans le choix entre les deux procédés.

L'obésité de certaines malades, l'état déficient ou simplement douteux de leur appareil cardio-vasculaire sont autant d'éléments qui peuvent gêner quant à la décision à prendre en faveur de la totale.

Car le principe ne doit point être transgressé, que les risques à courir ne doivent point être supérieurs aux bénéfices que la malade peut tirer de l'opération.

L'ablation d'un col malade, la création d'une large voie de drainage déclive peuvent sembler plus logiques, plus séduisants. Il n'en existe pas moins d'autres moyens plus imparfaits, moins élégants d'obtenir des résultats approchants sinon identiques, et à risques moindres.

1) un col métritique restant après sub-totale, peut être cautérisé et même énergiquement détruit, par les moyens chimiques ou l'électro-coagulation.

2) La nécessité d'un drainage déclive ne nécessite pas obligatoirement l'ablation du col; nous l'avons souvent pratiqué par fente médiane postérieure du canal cervical et du vagin. La mise en place du drain et des mèches est facile. Certes le drainage n'est pas si large qu'un drainage vaginal simple, mais il donne toute satisfaction néanmoins.

CONCLUSIONS.

La simple clinique permet donc une très nette orientation dans la marche à suivre, dans l'établissement des plans opératoires.

Nous insistons donc sur la nécessité d'un examen très poussé, qui, l'étape purement diagnostique française, vise à établir :

A. *Un bilan local des lésions.*

a) Exploration du vagin et appréciation de la longueur.

b) Examen du col. Le toucher vaginal doit être dans tous les cas complété par un examen au spéculum.

c) *Appréciation de l'état du corps et de l'isthme utérin.*

1) quant à situation exacte dans le petit bassin,

2) quant à sa mobilité,

3) quant à son volume,

4) quant à la topographie des tumeurs qui peuvent le déformer : il est important, en particulier, à ce seul point de vue, de préciser l'état de l'isthme.

5) quant à sa sensibilité.

d) *Exploration des annexes.*

Dans les culs-de-sacs postérieur et latéraux, en essayant de préciser leur volume, leurs connexions avec les organes environnants et, dans la mesure du possible, la lésion exacte : salpingite simple, pyosalpinx, hydrosalpinx.

e) *Exploration du paramètre.*

Par appréciation de l'état des culs-de-sacs latéraux, et surtout par l'étude de la mobilité utérine.

B) *Un bilan général.*

En insistant sur l'état de la paroi, l'obésité pouvant constituer une sérieuse source de difficultés dans une opération où les gestes essentiels sont pratiqués tout au fond du petit bassin.

L'âge, l'état des reins, du cœur, du poumon, la mesure de l'anémie, celle du temps de saignement et de coagulation, sont des éléments trop communs en chirurgie générale pour que nous ne fassions autre chose que les mentionner.

Les Résultats de cet examen clinique sont des indications précieuses, mais non absolues. Ils donnent au chirurgien une certaine orientation sans d'emblée lui assigner une conduite ferme. Nous voudrions insister sur la nécessité qu'il y a à ne pas considérer les conclusions d'un examen clinique comme des conclusions sans appel.

Les constatations opératoires, on le sait, viennent souvent s'opposer complètement aux conclusions de la clinique. La décision prise peut s'en trouver modifiée soit partiellement, soit de bout en bout. L'adaptation aux circonstances est la seule règle immuable à accepter.

2° *Les constatations opératoires.*

Tantôt confirment la clinique, tantôt la précisent, parfois le contredisent du tout au tout et bouleversent

le plan soigneusement établi et ceci dans deux sens possibles :

A) *Le chirurgien est parti avec la décision de pratiquer une subtotalé.*

C'est à la totale qu'il faut recourir parce qu'il faut drainer et que l'on préfère le drainage déclive.

Tel fibrome que l'on croyait banal, s'accompagne d'une grosse annexite. Tel autre pour être enlevé exige de gros sacrifices péritonéaux, laisse de large surface qui appellent le méchage.

Telle lésion annexielle que l'on croyait tout à fait froide, s'avère encore virulente, avec des adhérences glutineuses, avec des poches de pus.

B) *A l'opposé, la totale avait été décidée.*

Mais il s'avère rapidement qu'il n'est réalisable qu'au prix de mille difficultés, de risques hors de proportions d'avec les avantages qu'on en attend.

Tantôt les difficultés sont d'ordre purement local.

— grosse fixation des annexes.

— énorme volume de l'utérus, bouchant le petit bassin et rendant presque impossible l'accès des faces latérales de l'isthme.

— petit bassin profond et étroit.

— malade grasse.

Tantôt les difficultés sont d'ordre général :

— intervention qui se prolonge chez une malade déjà fatiguée.

— incidents d'anesthésie, qui commandent la terminaison rapide de l'opération.

II. LA TOTALE ÉTANT DÉCIDÉE, QUEL PROCÉDÉ CHOISIR ?

Nous serons obligé d'aboutir ici à une schématisation dont il faut souligner le caractère un peu artificiel mais nécessaire à l'exposé.

Si nous voulons nous plier aux quelques principes énoncés en conclusion au précédent chapitre (étude critique de quelques points de technique) et dont l'élément essentiel est la liberté de manœuvre, nous schématiserons 3 cas essentiels.

A) *Celui de la totale sur un utérus de volume normal et à annexes saines ou peu touchées* : nous adopterons ici la technique simplifiée.

B) *Celui de la totale sur un utérus fibromateux* :

1) ou bien la tumeur ne gêne en rien l'accès des faces latérales du col et du vagin : la même technique est alors applicable.

2°) Ou bien la tumeur est corporeale et énorme, « bouche » le petit bassin, barre l'accès des pédicules utéro-vaginaux : l'obstacle doit être levé. La subtotalité avec totalisation secondaire est le procédé le plus commode et le plus sûr.

3°) Ou bien la tumeur déforme l'isthme, bouleverse la topographie des pédicules vasculaires. La myomectomie préalable est à conseiller.

*Celui de la totale pour volumineuse tumeur an-
nexielle adhérente.*

La subtotalité par décolation antérieure peut être considérée comme le procédé le mieux adapté aux cas très difficiles. L'ablation du col se fait dans un 2^e temps et, dans la même séance, bien entendu.

TROISIEME PARTIE

ETUDE DES TECHNIQUES PROPOSEES

1°) GÉNÉRALITÉS APPLICABLES A TOUS LES CAS.

A. Soins pré-opératoires.

Ce n'est pas ici le cadre de donner des directives de soins applicables à tout futur opéré.

Deux points retiendront notre attention :

a) *la nécessité d'une vaccination préventive :*

- soit au vaccin anti-pyogène,
- soit au propidon à petite dose,
- soit à un vaccin anti-colibacillaire (SCHWARTZ).

b) *la nécessité d'une minutieuse préparation du vagin :*

Chacun ici à ces habitudes :

Injectons simples ou iodées; savonnage suivi d'un iodage avant l'intervention, ou mise en place d'une mèche iodoformée, à retirer immédiatement avant l'intervention.

La malade est sondée avant l'opération.

B. Anesthésie.

Rien ici non plus qui ne puisse se dire à propos de

toute grande intervention. Nous donnons la préférence à l'éthérisation. Notons pourtant deux points intéressants :

1) Le bénéfice que l'on peut tirer de certains anesthésiques de base, en particulier de certains mélanges administrables par la voie sous-cutanée. Ils permettent de réduire au minimum l'anesthésie par inhalation. Ils sont sans danger.

Les services que rend le mélange oxygène-anhydride carbonique, utilisé en fin d'anesthésie. L'hyperventilation pulmonaire qu'il détermine favorise un réveil rapide. Elle amène d'autre part une expulsion des mucosités bronchiques, évitant dans une certaine mesure les complications pulmonaires, dont certaines, très précoces sont graves et dramatiques.

c) *Position de l'opérateur, de l'aide, de la malade.*

Chacun suivant ses goûts et ses habitudes se place du côté qui lui convient. Pour notre part nous préférons nous placer à gauche. C'est une position qui permet des gestes aisés, surtout de la main droite.

Un aide est suffisant.

La malade est en position de Trendelenbourg.

d) *Disposition de la table d'instruments.*

Là encore nous ne voudrions point essayer de rompre les habitudes acquises. Toutefois notons l'utilité de répartir les instruments en 3 groupes :

a) *Un groupe général;*

b) *Un groupe destiné au temps vaginaux* et qui comprendra :

- - une pince à dissequer à griffes multiples, longue,
- une pince de Museux,

- une ou deux pinces longues du genre Kocher,
- une pince languette ou un clamp courbe,
- une paire de ciseaux courbes, ou mieux une paire de ciseaux de Dubois petit modèle,
- une aiguille à pédale.

Tous instruments à écarter ou à jeter après l'utilisation.

c) *Un groupe destiné aux temps de fermeture pariétale :*

- deux pinces de Kocher;
- deux pinces de Terrier;
- 2 aiguilles de Reverdin, l'une courbe, l'autre droite et, si l'on veut, une aiguille de Doyen;
- une pince à disséquer à griffes;
- une paire de ciseaux.

Le tout mis à l'abri d'un champ jusqu'aux temps finaux de l'opération.

E. *Les temps pariétaux :*

a) *Préparation du champ.*

Iodage de la peau. Mise en place des champs une fois l'iode séchée pour éviter les brûlures par champs imbibés. En haut on laisse l'ombilic soigneusement iodé à découvert, pour bien repérer la ligne médiane.

b) *Incision cutanée.*

Elle est médiane. Un point à préciser simplement. Quelle longueur doit-elle avoir ? Doit-elle demeurer strictement sous-ombilicale ou doit-on la pratiquer systématiquement sus- et sous-ombilicale.

Un principe doit être respecté à tout prix : celui de

l'aisance opératoire, celui de la large exposition et du dégagement du champ opératoire. De là à pratiquer de parti-pris une incision sous et sus-ombilicale, il y a de la marge. Tout dépend de la paroi à inciser et, avec plus de précision :

- de l'adiposité de cette paroi,
- de la longueur ombilico-pubienne.

Chez une malade grasse; à petite distance ombilico-pubienne, incision large d'emblée.

Pour les autres cas incision sous-ombilicale : les champs de bordure ne seront pas clampés l'un à l'autre à leur partie supérieure, pour permettre l'élargissement de cette incision si les circonstances le commandent.

La peau, la graisse sont incisés jusqu'à l'aponévrose :

- - hémostase,
- bordure des lèvres de la plaie.

c) *Incision aponévrotique.*

Certains fendent l'aponévrose de bas en haut, répétant le geste de l'incision cutanée, restant strictement médians.

D'autres préfèrent commencer par pratiquer une boutonnière dans la région juxta-ombilicale, point où l'écartement des deux grands droits permet une découverte plus aisée de leurs interstices. On complète l'incision vers le bas soit immédiatement, soit après ouverture du péritoine.

d) *Ouverture du péritoine.*

La pratique qui consiste à inciser le péritoine sur

un pli tendu entre une pince de Kocher et une pince à disséquer risque la blessure d'une anse intestinale.

La préhension simple à l'aide d'une pince à griffe prenant délicatement un minimum d'étoffe suffit largement. Le bistouri, la lame couchée à plat, tranchant vers soi, incise légèrement.

Nous signalons un autre procédé d'ouverture : La plaie est bordée à l'aide des *pincettes tenailles de Pauchet*, leurs mors agrippent solidement les lèvres de la plaie sans les meurtrir. Leurs longs manches constituent des bras de levier qui permet de soulever en bloc toute la paroi. Cette paroi ainsi détachée des organes profonds est incisée au bistouri : aponévrose, puis péritoine, sans qu'il soit besoin pour ce dernier de se livrer à des manœuvres quelconques de pêche au fond de la plaie. L'ouverture du péritoine est annoncée par le sifflement de l'air pénétrant dans la cavité abdominale et qui chasse les anses intestinales. (J. L. FAURE, DE MARTEL, TOUPET, DENIKER, PAUCHET).

Le péritoine ouvert, on repère ses 2 lèvres à l'aide de 2 pinces de Terrier, qu'il faudra soigneusement enlever dès la mise en place des valves et écarteurs.

On complète l'incision pariétale vers le haut. Deux doigts de la main gauche introduits dans la plaie sous-tendent le paroi. Le bistouri, de manœuvre plus aisée vers le haut que les ciseaux, coupe aponévrose et péritoine.

F. Exposition champ opératoire.

a) Mise en place de la valve.

On prend la plus large. On la fait tirer au maximum.

b) Mise en place des écarteurs.

Ils sont absolument indispensable à l'aisance des gestes, à la large exposition du champ. Il faut donner la préférence aux écarteurs autostatiques dont nous n'énumérerons pas ici tous les modèles.

c) Protection de la grande cavité péritonéale.

Par des champs abdominaux. Trois champs, un médian et 2 latéraux sont en règle suffisants. Ils déroulent vers la cavité abdominale les anses intestinales, qui encombrent le petit bassin. Il est nécessaire qu'une infirmière tienne un compte exact des champs fournis par elle. Elle vérifiera ce compte au moment de la fermeture du ventre. C'est le meilleur moyen d'éviter de laisser un corps étranger intra-abdominal.

Tels sont les points communs à toutes les variétés de totale.

Nous allons étudier maintenant :

— la technique de l'hystérectomie totale dite simplifiée, en prenant l'exemple d'une hystérectomie totale pour cancer du corps utérin.

2°) LA TECHNIQUE DE L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE DITE SIMPLIFIÉE.

L'opération dans son ensemble peut être subdivisée

en un *certain nombre de phases*, chacune de ces phases comportant elle-mêmes plusieurs temps.

Voici les phases principales :

- Exploration des lésions.
- Dégagement de l'utérus.
- Ablation de l'utérus.
- Ligature, hémostase, drainage, péritonisation.
- Fermeture de la paroi.

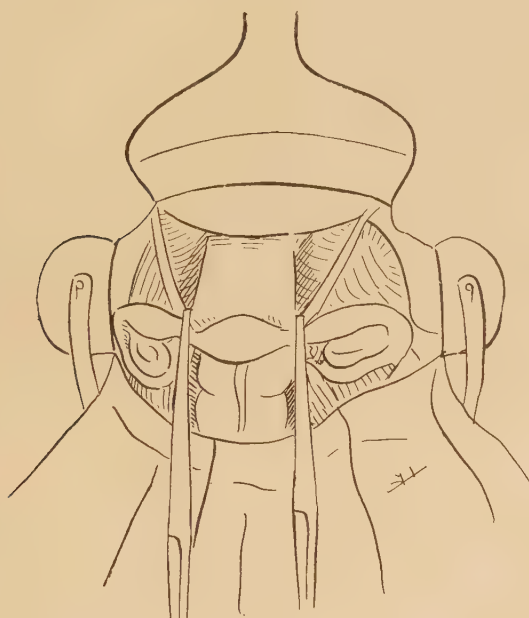


FIG. 2.

A. Exploration des lésions.

a) *La préhension et l'attraction de l'utérus* (fig. 2).

Normalement cette manœuvre s'effectue par traction sur une pince de Museux, dont le mors saisit solidement le corps utérin par son fond.

C'est une manœuvre dangereuse sur un corps utérin qui est le siège de lésions néoplasiques, à musculature souvent envahie, à paroi friable. La pince arrache, pouvant ouvrir une cavité utérine septique et néoplasique, incident qui allie le danger à l'inéligance.

La traction nécessaire à l'ascension s'effectue aussi bien par le moyen suivant :

Deux fortes pinces de Kocher, ou mieux, 2 clamps de Segond, qui risquent moins de déraper, saisissent le corps utérin symétriquement à hauteur des 2 cornes utérines. Elles clampent ainsi :

- l'origine du ligament rond;
- l'origine de la trompe.

Leur bec doit descendre assez bas sur les versants du ligament large pour être sur de pincer, les vaisseaux.

Ces deux pinces ont un double rôle :

- agent de traction,
- agent de barrage sur le segment utérin des vaisseaux tubaires et du ligament rond.

Elles remplacent ainsi :

- la pince de Museux;
- les pinces hémostatiques de retour ordinairement placées sur chaque ligament rond.
- les mêmes pinces de retour sur les ligaments utéro-ovariens.

Au total, *deux pinces au lieu de cinq* : ce qui répond bien à l'un des principes que nous nous sommes fixés : éviter l'encombrement du champ opératoire par des pinces inutiles.

b) *Dégagements des annexes.*

La main gauche maintenant l'utérus par les 2 pinces ci-dessus, la main droite gagne le fond du Douglas. Elle dégage doucement les annexes parfois adhérentes par quelques tractus : elle les ramène ainsi de bas en haut, et vers les parois du petit bassin. On les déroule progressivement jusqu'à obtenir un ligament suspenseur parfaitement net et parfaitement libre. Du même coup on a libéré le fond du Douglas et effondré les quelques adhérences qui peuvent l'encombrer.

B. *Dégagement de l'utérus.*

C'est la libération de l'utérus tout entier et de la portion toute supérieure du vagin de leurs connexions normales, vasculaires, cellulaires et péritonéales. Elle doit être bien réglée, systématique, procédant face par face, bord par bord, par incisions ou sections simples, ligature ou décollement.

Le clampage et la section des 2 ailerons latéro-utérins en représente le temps essentiel et le plus délicat.

Chacun des temps à mesure qu'il est exécuté permet une ascension de plus en plus facile du bloc utéro-vaginal. Cette ascension aussi poussée que possible est la meilleure garantie de sécurité et de protection des uretères.

Cette phase de l'opération comporte :

— *Ablation première des annexes.*

— *Section des ligaments ronds.*

— *Dégagement antérieur* et décollement utéro-vagino-vésical.

— *Dégagement postérieur*, facultatif, par ligature première des ligaments utéro-sacrés.

— *Clampage des ailerons utéro-vaginaux*.

a) *Ablation première des annexes*.

C'est un des points particuliers de la technique, nous l'avons déjà dit. Nous avons longuement insisté sur les avantages qu'apporte ce petit détail :

— désencombrement des parties latérales du petit bassin.

— large accès sur les régions latéro-isthmiques et latéro-vaginales.

L'ablation des annexes ouvre le ligament large par son faite, et représente ainsi le premier temps du dégagement latéral.

1) *Saisie de l'annexe*.

La main gauche, par l'intermédiaire des pinces tractrices inclinent l'utérus du côté opposé à l'annexe à enlever.

Cette dernière, dégagée, déroulée, comme il a été dit plus haut, est saisie par une pince au cœur ou une pince de Duval. Cette pince est placée sur l'annexe à hauteur de l'ovaire et du mesovarium, et ceci pour saisir cet organe, qui doit être enlevé en totalité avec le trompe. Les branches de la pince en cœur rejoignent dans le creux de la main gauche les 2 pinces tractrices. Le petit segment de trompe, situé en dehors du point de préhension de cette pince, flotte et risque de gêner la ligature du pédicule utéro-ovarien. Le pouce et l'index de la main gauche s'en sai-

sisent. A ce moment le ligament suspenseur, s'offre libre, net, à la ligature.

2) *Ligature du pédicule utéro-ovarien (fig. 3).*

Sauf cas exceptionnels, il faut renoncer au clampage, suivie de section, puis de ligature sur pince. Et ceci pour plusieurs raisons :

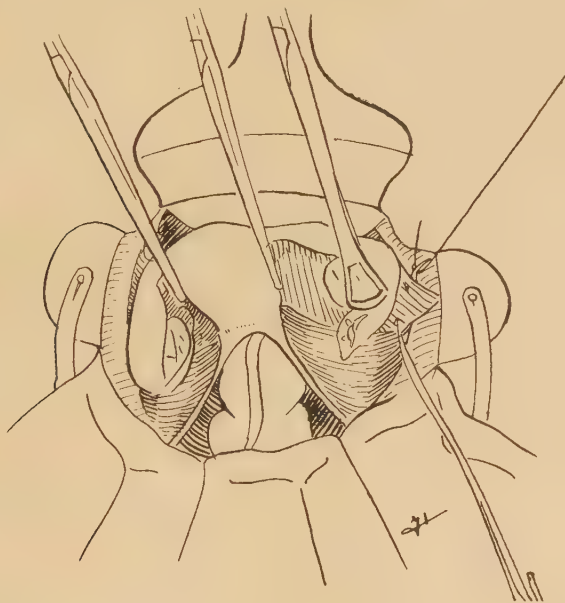


FIG. 3.

La pince d'hémostase est une pince inutile qui ne fera qu'encombrer.

L'écrasement du pédicule représente un traumatisme plus considérable pour les vaisseaux qu'une ligature-directe. Dans l'ignorance où nous sommes des causes premières des phlébites mieux vaut éviter tout

traumatisme vasculaire dans une chirurgie si riche d'incidents veineux post-opératoires.

La ligature directe s'effectue par un pédicule bien fendu, ayant gardé toute sa longueur : le chirurgien place sa ligature très exactement au point par lui choisi. La ligature sur pince au contraire s'effectue sur un pédicule rétracté, et a parfois à l'extrême, sur la paroi pelvienne latérale. C'est un point de lésion possible de l'urètre.

Le ligament suspenseur est perforé par une aiguille, soit une aiguille ordinaire, de Reverdin ou à pédale, soit une aiguille mousse à chas ouvrable ou même à chas fixe de Deschamps.

Sans le sens transversal, l'aiguille passe à égale distance entre la paroi et l'extrémité externe de l'annexe : elle laisse suffisamment de place en dedans pour permettre de couper à son aise et se trouve suffisamment éloigné des organes pariétaux pour ne pas risquer la lésion de l'un d'entre eux.

Dans le sens antéro-postérieur, l'aiguille doit charger largement. En particulier elle doit ressortir tout près du ligament rond.

Dans le sens vertical, elle doit charger largement aussi à 1 ou 2 cm. de la trompe.

L'aiguille ramène une solide catgut n° 3 assez long, qui est noué au moins trois fois. Les chefs sont laissés longs et repérés par une pince.

3) *Ablation de la trompe* (fig. 4).

Il est inutile, avons-nous vu, d'assurer l'hémostase de retour par une pince nouvelle, la pince tractrice de la corne utérine jouant ce rôle. Des ciseaux droits, immédiatement en dedans du nœud sectionnent le ligament suspenseur et les 2 versants du faite du li-



FIG. 4.

gament large. La section est oblique en bas, en dedans. Dans sa portion toute externe elle doit être suffisamment horizontale, pour ménager le maximum d'étoffe sur le feuillet postérieur du ligament large. En dedans, elle doit aboutir au point où sera ultérieurement pratiquée la section du vagin. Ou tout

au moins, si la section n'atteint pas ce point, le bout mousse des ciseaux par refoulement prudent, dégage les faces latérales du vagin jusqu'à son point de section.

Il est inutile d'ajouter, que les mêmes manœuvres exactement seront répétées du côté opposé.

Conclusion : L'ablation des annexes à créé une brèche dans le ligament large. Il va falloir le compléter en avant.

b) *Section du ligament rond.*

Le ligament rond représente la clef de l'espèce décollable antérieur vésico-utéro-vaginal : sa section y mène directement.

Pour les mêmes raisons que précédemment nous rejetons le clampage, la section et la ligature sur pinces.

La même aiguille charge le ligament rond, perfore le feuillet antérieur du ligament large et ramène un fil de calibre et de taille identique à ceux du fil de ligature de l'utéro-ovarienne.

Ce fil passe à la partie moyenne du ligament, à quelques distance de la paroi, à quelque distance également de la corne utérine, pour éviter après section du ligament, de venir se perdre dans la région de l'épanouissement de l'utérine.

Pas plus de pince de retour que précédemment.

Un coup de ciseaux sectionne le ligament. Leur bout arrondi immédiatement cherche l'espèce sous-ligamentaire qui même dans l'espèce vésico-utérin.

Dès qu'il s'y trouve il s'oriente vers la ligne médiane. Quelques petits mouvements de va et vient dans le sens vertical décollent le péritoine et préparent l'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin.

Même manœuvre de l'autre côté.

Le ligament large est complètement ouvert.

c) *Le dégagement antérieur : incision du cul-de-sac inter-vésico-utérin et décollement utéro-vagino-vésical (fig. 5).*

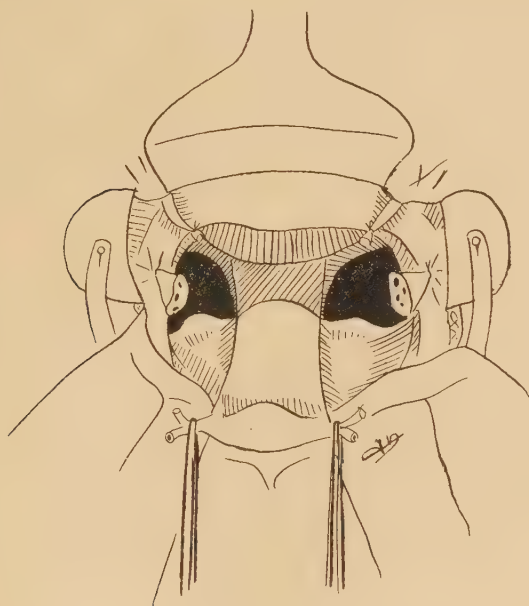


FIG. 5.

C'est un des temps capitaux de l'opération, nous le répétons. C'est ce décollement qui est chargé d'éloigner les uretères et qui doit assurer la sécurité des manœuvres ultérieures : clampage et ligature des pé-

dicules utéro-vaginaux, section du vagin. Il doit être soigneux surtout sur les côtés.

— Commenant d'un côté quelconque, utérus incliné en arrière, les ciseaux courbes, concavité de la courbure tournée vers soi, cheminent dans l'espace précédemment décollé, puis sectionnent la séreuse. Ceci jusqu'à la ligne médiane. Il arrive que l'adhérence du péritoine à l'utérus soit marquée. Le bout arrondi des ciseaux sectionne alors directement par petit coup sur l'isthme comme plan résistant, tout décollement préalable étant impossible. La séreuse sectionnée, les ciseaux continuent leur travail jusqu'à découverte du plan de clivage.

— On reprend le travail du côté opposé. La section du cul-de-sac rejoint sur la ligne médiane celle précédemment pratiquée.

— Une compresse montée s'engage dans la brèche. Elle opère très facilement le décollement vésico-vaginal, aussi bien sur la ligne médiane que latéralement. Ce dépouillement de face antérieure du vagin saigne un peu. Le suintement s'arrête rapidement. S'il persiste, un tamponnement de courte durée en a raison : la compresse mise en place entre vessie et vagin doit être, bien entendu, montée sur pince si l'on veut éviter de l'y oublier.

d) *Dégagement postérieur.*

Nous voulons parler ici de la libération anatomique : déjà en effet au moment de la libération des annexes le Douglas a été nettoyé et les quelques adhé-

rences qui pouvaient unir utérus et vagin d'une part, et rectum d'autre part, ont été détruits.

L'hémostase du ligament utéro-sacré peut se faire suivant deux procédés.

1° ou bien il sera largement clampé par une pince de J.-L. Faure au moment de l'hémisection postérieure du vagin.

2° ou bien on procède à une ligature isolée suivie de section : l'utérus est incliné en avant. L'aiguille passe un Catgut n° 3 qui est lié. Les ciseaux sectionnent le ligament entre cette ligature et le vagin.

e) *Clampage pédicule utéro-vaginal* (fig. 6).

— Le dégagement méthodique tel que nous venons de le décrire permet une bonne ascension presque

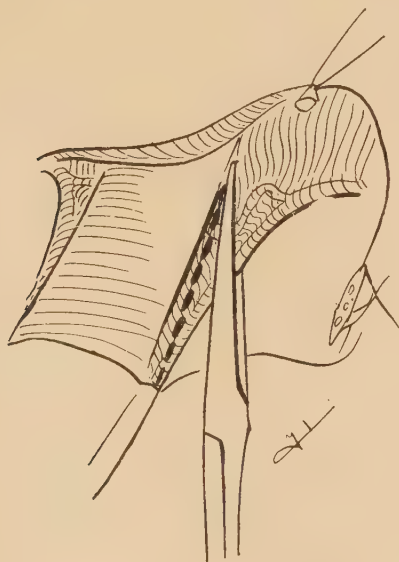


FIG. 6.

une extériorisation du tractus utéro-vaginal. Cette ascension, nous le savons déporte en dehors le classique croisement uretère-artère-utérine. Les clamps d'hémostase peuvent être placés en toute sécurité.

— Le large dégagement latéral réalisé par l'ablation première des annexes permet de les placer en toute liberté.

— L'opérateur incline latéralement l'utérus du côté opposé à celui sur lequel il veut agir : l'aileron latéro-utérin se tend et s'offre au clampage.

— Le clamp utilisé est celui décrit plus haut; c'est le clamp à mors longs, puissants, boutonnés. Voici les points de repère de sa mise en place.

1) *par rapport à l'aileron latéro-utérin.*

— il est perpendiculaire à son bord supérieur,

— parallèle à son bord interne. En fait la direction générale de l'instrument ne doit point être rigoureusement verticale mais mieux, très légèrement oblique en bas, en dedans, vers le vagin.

2) *par rapport à l'utérus et au vagin.*

Il doit en être très près, mordant presque sur eux, collé contre les bords latéraux de l'isthme et du vagin. Les ciseaux pour sectionner trouveront toujours assez de place en dedans de la pince pour procéder à la section de l'aileron. Ils chemineront dans les espaces les plus superficiels de la paroi vaginale, espace en continuité directe avec le tissu cellulaire de l'aileron. Au besoin ils entameront les premières assises de la musculature du conduit.

3) *par rapport au cul-de-sac vaginal latéral.*

L'instrument doit être placé suffisamment bas pour que son bec soit nettement sous-jacent à l'insertion du *vagin sur l'utérus*. Ce bec marque aussi les limites extrêmes d'une *double zone de sécurité d'hémostase !*

— *celle de section de l'aileron latéro-utérin.*

— *celle de section horizontale du vagin.*

Au cours de 2 sections successives jamais les ciseaux ne doivent s'égarer au-dessous du point marqué par ce bec.

Section de l'aileron.

Les ciseaux droits coupent verticalement l'aileron, ou plus précisément sectionnent suivant une ligne parallèle aux mors de la pince, en dedans d'elle et à son abri.

Nous ne nous répéterons pas, en ce qui concerne la zone de section, quant à la limite inférieure de sécurité.

Les deux mêmes manœuvres sont répétées du côté opposé.

Les 2 clamps, entraînés par le poids de leurs branches et de leurs anneaux basculent en dehors, dégageant les faces latérales du vagin.

Le dégagement est encore plus complet, l'ascension de l'utérus encore plus marquée.

C) *L'ablation de l'utérus.*

C'est la 3^e phase.

a) *Protection du Douglas.*

L'utérus est incliné en avant. Une pince languette

introduit au fond du Douglas un champ abdominal. Il assure l'isolement de l'utérus et du vagin, la protection du rectum contre l'instrument, la protection du péritoine pelvien contre les liquides septiques qui peuvent surgir de la cavité vaginale.

b) *Ouverture et section du vagin.*

L'utérus est incliné en arrière.

1) *Choix de la zone de section.*

Elle s'étend entre 2 limites :

— *une limite inférieure dite de sécurité d'hémostase*, plan horizontal passant par le bec des pinces d'hémostase des pédicules utéro-vaginaux.

— *une limite supérieure*, qui est l'insertion du vagin sur le col, dans lequel il faut éviter de venir se perdre : la distinction entre les 2 organes est ordinairement facile. En cas d'hésitation se baser sur :

- la striation longitudinale du vagin,
- sa reconsistance différente,
- le repérage du col au doigt à travers sa paroi,
- sa résonnance particulière de creux au contact de l'instrument.

2) *Ponction de la paroi antérieure du vagin.*

On la réalise :

— soit *aux ciseaux courbes* de Dubois qui procédant par petits coups, incisent la paroi antérieure jusqu'à tomber dans la cavité vaginale.

— soit *au bistouri*, pointe tournée vers le haut, pour éviter toute échappée vers la vessie.

3) *Hémisection antérieure du vagin* (fig. 7).

Les ciseaux introduits dans la brèche par une de leur branche, coupent :

— un coup à droite,

— un coup à gauche jusqu'aux bords latéraux.

Ils élargissent la brèche et permettent :

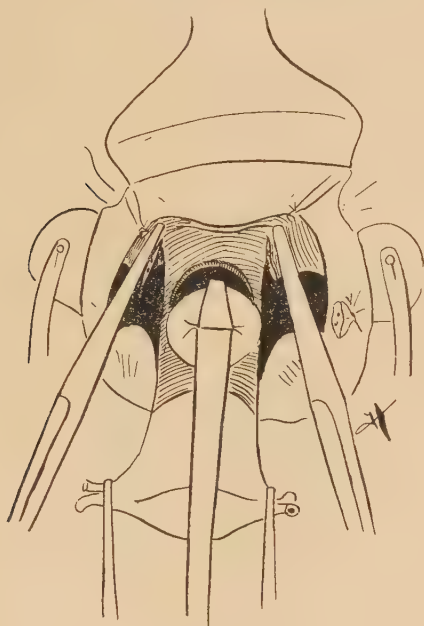


FIG. 7.

4) *La saisie du col.*

— par une pince de Mureux, qui enclée le museau de tanche et fait basculer l'utérus, fond en bas, col en haut et en avant.

5) *La toilette de la cavité vaginale.*

De cette cavité, ainsi que du col un peu de liquide

sort. Une pince languette introduit une compresse qui assèche le vagin.

Une deuxième compresse, introduite aussi loin que possible, badigeonne la muqueuse de teinture d'iode.

6) *Section de l'hémi-circonférence vaginale postérieure.*

On achève la section du vagin aux ciseaux. Pour les cas où les ligaments utéro-sacré n'ont pas été liés, l'opérateur en arrivant à leur hauteur, place une pince de J. L. FAURE qui les étirent à leur arrivée sur paroi vaginale (fig. 7).

La pièce à ce moment est dans la cuvette.

Elle y est immédiatement suivie par le bistouri et les ciseaux qui ont opéré la section.

D) *Ligature des pédicules utéro-vaginaux; complément d'hémostase. Drainage, péritonisation.*

4^e phase de l'intervention.

a) *Ligatures des pédicules utéro-vaginaux.*

L'aiguille à pédale perfore l'aileron latéro-utéro, soit tout près du bec du clamp, soit à mi-hauteur de ses mors. Il ramène un catgut fort (catgut N° 3) et suffisamment long pour permettre une ligature aisée.

Un premier nœud est fait dont la boucle contourne le bec de la pince.

Les 2 chefs du fil sont ramenés vers le talon des mors de la pince et le nœud amorcé.

L'aileron se trouve ainsi enserré dans une double boucle. Le 2^e nœud est serré. L'aide ouvre le clamp et

le retire progressivement, pendant que l'opérateur continue à serrer.

Même manœuvre du côté opposé.

b) *Surjet hémostatique de la tranche vaginale* (fig. 8).

On le commence à hauteur du pédicule utéro-va-

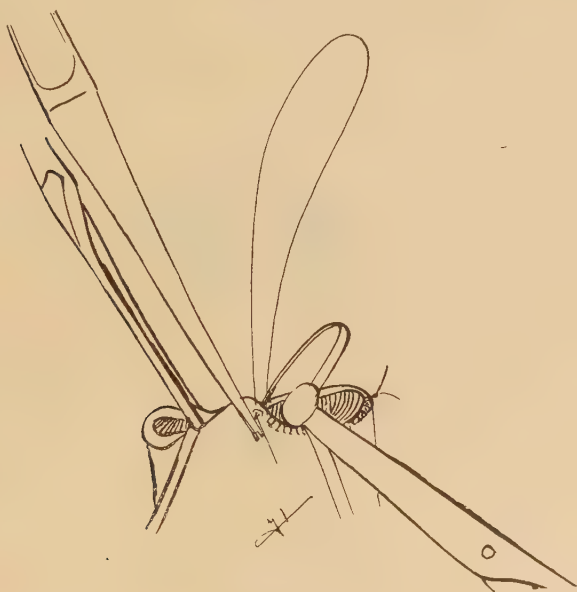


FIG. 8.

ginal droit, c'est-à-dire à hauteur du bord latéral droit du vagin. Le surjet de Catgut N° 1 ou 2 court tout le long de l'hémi-circonférence postérieure de la tranche vaginale. Chaque point, notons le bien *est passé*. A hauteur des ligaments utéro-sacrés, le soin doit être tout particulier : le surjet est vigoureusement tendu, pendant qu'on retire la pince de clam-

page. Le surjet, continuant sur l'hémi-circonférence antérieure, rejoint son point de départ.

c) *Drainage.*

Certains avant même l'intervention, mettent une pince en place dans le vagin : elle sera chargée de saisir le drain et de le ramener vers la vulve.

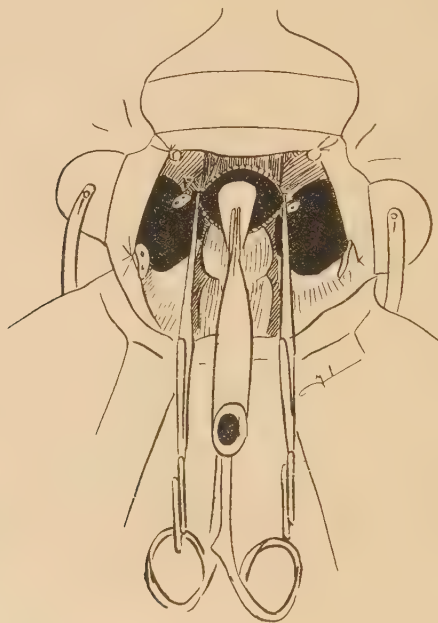


FIG. 9.

On peut aussi procéder de la manière suivante : (Fig. 9). Deux pinces de KOCHER à branches longues saisissent la tranche vaginale à hauteur des angles latéraux : elles attirent le vagin vers le haut, le tendent, permettent de régler l'ouverture du bout supérieur.

Un clamp courbe saisit l'extrémité d'un tube de caoutchouc de gros calibre, l'introduit dans le vagin et l'y enfonce. Un aide, parfois doit guider, sa sortie en introduisant deux doigts dans le vagin.

L'aiguille à pédale solidarise par un point de Catgut N° 1 l'extrémité supérieure du drain avec la tranche vaginale postérieure.

Tous les instruments utilisés pour ce temps vaginaux :

- aiguille,
- pince à disséquer,
- pince de Kocher,
- clamp courbe,

rejoignent dans la cuvette la pince et les autres instruments déjà souillés.

d) *Péritonisation.*

C'est là le point peut-être où s'élèveront le plus de critiques. M. DENIKER opère une péritonisation simple sans cloisonnement pelvien. Il associe au drainage déclive, un petit drainage abdominal de simple sécurité. Ce procédé a constamment donné d'excellents résultats. Cette question de la péritonisation et du drainage est surtout affaire de goût personnel, d'habitude. Nous ne voudrions en rien opposer la technique ci-dessous exposée aux autres procédés, en particulier au cloisonnement recto-vésical, procédé excellent, logique et d'exécution facile.

Nous noterons d'ailleurs que la péritonisation telle que nous allons la décrire n'est possible que dans les

cas *simples* où l'étoffe abonde, tant sur les côtés que sur la ligne médiane.

La déperitonisation partielle ou totale ne laisse le choix qu'entre 2 méthodes :

— le drainage abdominal large par mèches ou par Mickulicz.

— le cloisonnement :

— soit par rectum-vessie, si la déperitonisation est médiane;

— soit par côlon-vessie si elle est totale ou latérale.

Nous ne voudrions pas prendre parti. Mais force nous est de dire, que ce que nous avons vu, au cours de nos quatre années d'internat, fait plutôt pencher en faveur du cloisonnement pelvien dans les cas difficiles. Et notre modeste statistique sera un argument de plus.

Voici maintenant la *technique de la péritonisation simple* sans cloisonnement (Fig. 10).

— Un surjet suture le péritoine vésical :

— au péritoine du versant antérieur du Douglas sur la ligne médiane,

— au péritoine du feuillet postérieur du ligament large sur les côtés.

On peut procéder :

— soit par 2 surjets partant chacun de la ligne médiane, gagnant en divergeant les parois latérales du bassin en direction des pédicules utéro-ovariens.

— soit par un surjet unique, marchant de la droite vers la gauche, de l'aide vers l'opérateur.

Le Catgut employé est le Catgut fin N° 0.

L'aiguille est une aiguille à pédale, ou une aiguille courbe fine dite « à péritoniser ».

Point important à détacher : le soin à apporter, au départ et à l'arrivée, pour enfouir les moignons des pédicules, utéro-ovariens et du ligament rond. Les fils de ces pédicules, jusqu'ici repérés sont coupés au mo-

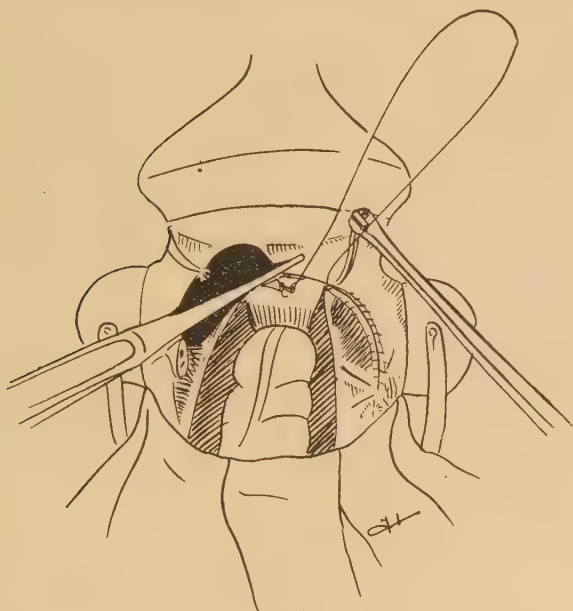


FIG. 10.

ment de l'enfouissement. Le procédé le meilleur pour pratiquer cet enfouissement est la suture en bourse des 2 feuillets, au départ et à l'arrivée.

Le Catgut est faufilé :

- d'une part dans la partie haute externe du feuillet postérieur, ou ce qu'il en reste, du ligament large;
- d'autre part dans le péritoine pariétal avois-

nant le pédicule utéro-ovarien, en arrière, en dehors, en dedans de lui. Plus en avant, l'aiguille charge le ligament rond.

Le chef long et le chef court du surjet sont liés doucement pour éviter toute déchirure. Une pince à disséquer, ou même la pointe de l'aiguille, refoule en même temps la surface cruentée des pédicules et par fait l'enfouissement.

e) Toilette du péritoine.

Le fond du petit bassin, complètement péritonisé est débarrassé des derniers caillots qui l'encombrent par une compresse montée et sous un jet d'éther.

On place au fond du Douglas un petit drain.

E) Fermeture de la paroi.

Nous serons brefs. Elle est banale.

On enlève la valve et les champs abdominaux qui sont comptés.

Fermeture en 2 plans :

— Plan péritonéal par sujet;

— Plan aponévrotique aux points réparés : le meilleur matériel de suture semble être le gros Catgut à résorption lente (Catgut chromé ou similaire) :

— sur la peau : agrafes,

ou fils,

ou les deux suivant les goûts de chacun.

F) Soins post-opératoires.

Nous ne disons absolument rien des soins banaux à pratiquer chez toute opérée.

Le drain abdominal si on en a placé un, est retiré au bout de 24 ou 48 heures.

Le drain vaginal au bout de 5 à 6 jours. Il vient très facilement : l'écoulement qui lui succède cède très rapidement, soit spontanément, soit au prix de quelques injections à basse pression.

Nous avons exclu du cadre que nous nous sommes fixé, l'exposé des incidents opératoires, post-opératoires, immédiats et à distance qui ont été longuement passés en revue et détaillés dans des travaux antérieurs.

CONCLUSIONS.

Telle est la technique ordinaire d'hystérectomie totale que nous proposons. Il est bien entendu qu'elle ne s'applique que dans les cas relativement faciles :

— utérus de volume à peu près normal, ou en tous cas laissant libre accès sur les faces latérales de l'isthme et du vagin.

— Annexes saines, ou à peine touchées, en tout cas faciles à dégager et à isoler.

— Septicité nulle ou très atténuée.

— Etoffe péritonéale abondante et laissant toute latitude de péritonisation.

Voilà des règles précises : la modification de l'un quelconque de ces points peut amener des modifications corollaires dans un des temps de la technique, ou même l'abandon de la technique toute entière au profit d'une autre.

a) *Modifications partielles :*

— *la septicité d'origine annexielle ou endo-utérine.*

— *La dépéritonisation du petit bassin* commandent des modifications dans le drainage et la péritonisation.

Soit qu'on préfère un large drainage par le haut, ce que nous n'aimons guère.

Soit qu'on pratique un *large drainage déclive* par le bas avec des drains et des mèches dans le paramètre, sous couvert d'un cloisonnement pelvien colo ou recto-vésical suivant les possibilités.

b) *Modifications totales.*

Nous avons déjà vu qu'elles sont commandées par les difficultés d'accès de l'isthme et des pédicules utéro-vaginaux.

Nous avons vu qu'elles peuvent être le fait :

1) d'un *obstacle corporéal*, masse fibromateuse surplombant et masquant l'isthme de toutes parts, « bouchant » l'entrée du petit bassin.

2) d'un *obstacle annexiel*, énorme salpingite du type pyo ou hydro-salpinx, adhérent, collé de toutes parts aux parois du petit bassin, du Douglas, de l'utérus.

Dans les deux cas, la solution la meilleure est la subtotalisée totalisée. Dans le cas de salpingite, nous avons été conquis par le procédé de décollation antérieure qui donne le maximum d'aisance dans le maximum des cas.

3) d'un *obstacle isthmique* : Fibrome déformant

l'isthme. L'énucléation première peut rendre service, en pareil cas.

Il nous reste à préciser quelques points de détails :

1) la technique d'ablation du col après subtotale.

2) un rappel du procédé de décollation antérieure.

3°) RAPPEL DU PROCÉDÉ DE DÉCOLLATION ANTÉRIEURE.

La section première de l'isthme utérin, libère la ligne médiane et donne un point d'attaque excellent des annexes que l'on doit libérer de bas en haut et de dedans en dehors.

Nous supposons le ventre ouvert, le champ largement exposé et soigneusement protégé, l'utérus attiré vers le haut par une pince de Museux.

L'opération comprend 2 *phases essentielles* comportant chacune plusieurs temps :

1^{re} phase : la section première de l'isthme.

2^e phase : la section des pédicules utéro-ovariens dernière.

A) 1^{re} phase : la section de l'isthme.

a) *Vérification de l'absence d'adhérences entre utérus et rectum* : le seul dégagement qui se fasse de haut en bas est celui-ci. Il doit rester strictement médian, dégageant simplement la zone de la face postérieure de l'utérus où portera la section.

b) *Section des ligaments ronds* : manœuvre d'ouverture du ligament large; elle s'effectue soit entre 2 pinces, soit entre une pince axiale et une ligature périphérique. Elle doit être immédiatement suivie du :

c) *Décollement vésico-utérin.*

Toute la partie antérieure de l'isthme se trouve dégagée et les pédicules utérins apparaissent.

Il faut les libérer en arrière.

d) *Effondrement du feuillet postérieur du ligament large.*

Un doigt de la main droite engagée dans le Douglas, cherche en dehors du bord utérin, et sous l'isthme tubaire une zone mince de séreuse. *On la trouve toujours.* Le doigt l'effondre, *dégageant le bord utérin par en arrière.* Même manœuvre du côté opposé.

Les deux pédicules utérins sont nettement isolés.

e) *Pose des pinces de J. L. Faure*, transversales, perpendiculaires au bord utérin.

f) *Pose de 2 pinces de Kocher* au-dessus d'elle, évitant l'afflux de sang de retour.

g) *Section des pédicules.*

h) *Section du col aux ciseaux :*

— *Immédiatement l'utérus monte.*

— *Un espace s'ouvre qui est le point d'attaque des lésions annexielles.*

B) *2^e phase : Section des pédicules utéro-ovariens.*

Partant de cet espace, la main droite pour la droite, la gauche pour la gauche, travaillent du fond vers la surface, de l'axe vers la périphérie pour dégager et dérouler les annexes.

On est impressionné par la facilité avec laquelle cette manœuvre s'effectue :

— L'utérus monte de plus en plus.

— Les deux annexes se tendent comme deux cordes et se pédiculisent.

— Un gros clamp vient étreindre chaque pédicule utéro-ovarien à bonne distance de la paroi pelvienne.

— Un coup de ciseaux à droite, un autre à gauche, en deça des clamps.

— La pièce est enlevée.

— Il reste à totaliser,

— A faire l'hémostase des pédicules utéro-ovariens.

4°) RAPPEL DU PROCÉDÉ DE TOTALISATION DE LA SUB-TOTALE.

Le corps utérin et les annexes enlevées, il est très facile d'enlever ce qui reste du col.

— Une pince de J. L. Faure agrippe la lèvre postérieure de la tranche cervicale.

— Les 2 clamps boutonnés sont placés verticalement de part et d'autre des faces latérales du col.

— Un coup de ciseaux sectionne ce qui reste de l'aïlérón utérin et avec lui les branches vaginales des vaisseaux utérins.

— Le vagin est ouvert par en avant et sectionné sur son pourtour.

— La ligature des vaisseaux comporte 2 temps :

— un temps de ligature du tronc de l'utérine;

— un temps de ligature isolée de la cervico-vaginale;

— la péritonisation et le drainage n'offrent rien de particulier.

QUATRIEME PARTIE

ETUDES ET CRITIQUES DE QUELQUES RESULTATS

Pour une période d'environ 3 ans, nous avons rassemblé les observations ou mieux les compte rendus des totales pratiquées dans le service de M. Deniker. Nous n'avons pas établi les statistiques des autres services où nous avons passé et où nous avons pratiqué et vu pratiquer la totale suivant des techniques diverses.

Nos observations seront brèves comportant :

- un résumé des lésions,
- la technique utilisée,
- les suites immédiates.

Nous nous sommes volontairement abstenus d'étudier :

- les résultats d'examens de laboratoire des pièces prélevées;
- les résultats à longue échéance.

1° *Les comptes rendus.*

OBS. N° 1. — Mme R..., opérée le 23-3-39.

a) *Lésions* : utérus augmenté de volume, col ul-

céré, ovarite scléro-kystique et salpingite kystique gauche.

A l'ouverture de l'utérus : polype fibreux de la corne droite.

b) *Technique* totale simplifiée habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 2. — Mme C..., opérée le 6-3-39.

a) *Lésions* : utérus fibreux, col ulcéré et saignant, salpingite adhérent et kyste de l'ovaire gauche du volume d'une orange adhérent à l'utérus.

b) *Technique* : simplifiée habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 3. — Mme B..., 38 ans, opérée le 4-3-39.

a) *Lésions* : utérus fibromateux avec col suspect et lésions salpingiennes bilatérales. Petit kyste de l'ovaire gauche.

b) *Technique* : simplifiée habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 4. — Mme M..., 46 ans, opérée le 2-3-39.

a) *Lésions* : Fibromes multiples du corps, kyste des 2 ovaires, noyaux d'aspect angiomateux sur la partie postérieure du vagin.

b) *Technique* : simplifiée habituelle en emportant la tumeur vaginale qui s'avèrera comme un endométrrome.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 5. — Mme V..., 39 ans, opérée le 28-2-39.

a) *Lésions* : utérus fibromateux avec col suspect.

b) *Technique* : simplifiée habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 6. — Mme R..., 52 ans, opérée le 4-1-39.

a) *Lésions* : utérus fibrosé avec très grosse induration isthmique.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 7. — Mme A..., 52 ans, opérée le 29-11-38.

a) *Lésions* : fibrome avec col douteux.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 8. — Mme P..., 48 ans, opérée le 12-11-38.

a) *Lésions* : utérus fibromateux avec col suspect et infection endo-utérine.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 9. — Mme L..., 66 ans, opérée le 24-9-38.

a) *Lésions* : annexite bilatérale avec hydrosalpinx gauche.

b) *Technique* : habituelle, avec en plus mèche abdominale.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 10. — Mme V..., 44 ans, opérée le 19-6-38.

a) *Lésions* : Annexite bilatérale : utérus fibromateux avec col suspect.

b) *Technique* : habituelle avec comme modification : 3 mèches et paroi aux bronzes.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 11. — Mme M..., 44 ans, opérée le 11-5-38.

a) *Lésions* : utérus fibreux. Kyste de l'ovaire droit.

b) *Technique* : opération laborieuse : femme grasse, bassin profond. Technique ordinaire jusqu'à la péritonisation qui est incomplète. Mèche et drain abdominaux. Paroi aux bronzes.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 12. — Mme O..., 39 ans, opérée 7-5-38.

a) *Lésions* : Fibrome multilobé avec lobe intracervical.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 13. — Mme S..., 34 ans, opérée le 5-5-38.

a) *Lésions* : pas de renseignements.

b) *Technique* : modification à la technique habituelle : pose d'une mèche abdominale.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 14. — Mme M..., 46 ans, opérée le 3-5-38.

a) *Lésions* : Fibrome avec col douteux.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 15. — Mme L..., 36 ans, opérée le 3-5-38.

a) *Lésions* : utérus fibrosé avec métrite œdémateuse.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 16. — Mme G..., 38 ans, opérée le 30-4-38.

a) *Lésions* : salpingite bilatérale avec col suspect.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 17. — Mme L..., 50 ans, opérée le 24-3-38.

a) *Lésions* : gros utérus fibrosé.

b) *Technique* : ablation première de l'appendice adhérente, ouverture du ligament large par section première des ligaments ronds, puis ablation des annexes, clampage ordinaire des pédicules utéro-vaginaux; le restant de l'opération est fait suivant la technique décrite, sauf une mise en place d'une mèche abdominale.

c) *Suites* : normales.

OBS. N° 18. — Mme B..., 42 ans, opérée le 5-3-38.

a) *Lésions* : salpingite adhérente avec utérus en rétro-version.

b) *Technique* : subtotalé par décollation antérieure, totalisation, le reste de l'opération suivant le procédé habituel.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 19. — Mme G..., 43 ans, opérée le 23-12-37.

a) *Lésions* : hématocele récente avec hématosalpinx, utérus fibromateux avec col induré.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 20. — Mme K..., 47 ans, opérée le 4-12-38.

a) *Lésions* : métrorragies suspectes avec col douteux. Corps et annexes atrophies.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 21. — Mme M..., 40 ans, opérée le 30-11-37.

a) *Lésions* : kyste de l'ovaire droit et col suspect.

b) *Technique* : habituelle, plus appendicectomie.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 22. — Mme F..., 33 ans, opérée le 30-10-37.

a) *Lésions* : gros corps utérin, col en très mauvais état.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 23. — Mme C..., 49 ans, opérée le 24-10-37.

a) *Lésions* : Fibrome avec col induré et saignant.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 24. — Mme L..., 48 ans, opérée le 29-10-37.

a) *Lésions* : salpingite bilatérale à trompes fermées. Corps utérin à noyaux fibromateux multiples.

Un noyau dur sous la muqueuse du cul de sac vaginal gauche.

b) *Technique* : habituelle avec un temps spécial pour l'ablation du noyau vaginal.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 25. — Mme C..., 45 ans, opérée le 19-10-37.

a) *Lésions* : annexite bilatérale.

b) *Technique* : habituelle sauf la pose d'une mèche. Bronzes sur la paroi.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 26. — Mme B..., 49 ans, opérée le 28-9-37.

a) *Lésions* : noyaux fibromateux, col très dur, ovaire très dur et adhérent. Hydrosalpinx gauche.

b) *Technique* : Intervention difficile, Hémostase laborieuse, suture du vagin, Mickulicz.

c) *Suites* : température grimpante. Mort en hyperthermie, 5 jours après l'intervention, 48 heures après l'ablation de la première mèche de

OBS. N° 27. — Mme D..., 50 ans, opérée le 14-6-37.

a) *Lésions* : Fibrome multilobé avec polype du col.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 28. — Mme D., 45 ans, opérée le 27-5-37.

a) *Lésions* : Fibrome avec noyau du col (lèvre antérieure).

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 29. — Mme C., 44 ans, opérée le 20-5-37.

a) *Lésions* : Fibromes disséminés. Isthme très induré, petit kyste de l'ovaire.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 30. — Mme A., 48 ans, opérée le 6-5-37.

a) *Lésions* : utérus fibrosé et col suspect. Salpingite.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 31. — Mme D., 49 ans, opérée le 17-4-37.

a) *Lésions* : fibrome avec gros col bosselé et dur.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 32. — Mlle D. de R., opérée le 11-1-38, à l'hôpital Foch.

a) *Lésions* : fibrome multilobé du volume d'une tête d'adulte avec gros lobe inclus dans le ligament large gauche. Un autre du volume d'un œuf a envahi le col.

b) *Technique* : habituelle, à une modification près : ablation seconde des annexes atrophiées.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 33. — Mme B., opérée le 16-12-37, à Foch.

a) *Lésions* : fibrome. Grossesse molaire antérieure.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 34. — Mme G., opérée le 7-10-37, à Foch.

a) *Lésions* : fibrome avec col suspect.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 35. — Mme Gr., opérée le 30-4-37, à Foch.

a) *Lésions* : fibrome avec col suspect.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 36. — Mme P., opérée le 20-5-37, à Foch.

a) *Lésions* : fibrome inclus.

b) *Technique* : atypique. Totale de nécessité. Drain dans le vagin. Drain et mèches abdominaux.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 37. — Mme Po..., opérée le 20-1-37, à Foch.

a) *Lésions* : métrorragie, col suspect, salpingite double.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 38. — Mme J., opérée le 20-10-36, à Foch.

a) *Lésions* : cancer du corps.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 39. — Mme M., opérée le 6-5-36, à Foch.

a) *Lésions* : cancer du corps.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. 40. — Mme C., opérée le 4-12-35, à Foch.

- a) *Lésions* : Col suspect.
- b) *Technique* : habituelle.
- c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 41. — Mme D., opérée le 16-11-35, à Foch.

- a) *Lésions* : Cancer du corps utérin, antérieurement irradié.
- b) *Technique* : Mickulicz.
- c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 42. — Mme J., opérée le 23-10-35, à Foch.

- a) *Lésions* : pas de renseignements.
- b) *Technique* : habituelle.
- c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 43. — Mme B., opérée le 18-3-37.

- a) *Lésions* : col suspect.
- b) *Technique* : habituelle mais avec cloisonnement colo-vésical.
- c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 44. — Mme L., 54 ans, opérée le 3-3-37.

- a) *Lésions* : fibrome.
- b) *Technique* : section première des ligaments ronds sans ablation première des annexes.
- c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 45. — Mme F., 61 ans, opérée le 13-2-37.

- a) *Lésions* : fibrome.
- b) *Technique* : habituelle.
- c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 46. — Mme P., 47 ans, opérée le 13-2-37.

a) *Lésions* : utérus saignant. Irradiations antérieures.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 47. — Mme G., 22 ans, opérée le 19-1-37.

a) *Lésions* : col en voie de dégénérescence.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 48. — Mme N., 34 ans, opérée le 13-1-37.

a) *Lésions* : kyste de l'ovaire gauche. Antérieurement castrée à droite.

b) *Technique* : habituelle mais cloisonnement colovésical.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 49. — Mme C., 56 ans, opérée le 12-1-37.

a) *Lésions* : métrorragies chez une femme antérieurement castrée à gauche.

b) *Technique* : Péritonisation partielle, un drain et une mèche abdominaux en plus du drain vaginal.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 50. — Mme L., 39 ans, opérée le 22-12-36.

a) *Lésions* : polype hémorragique et dégénérescence leucoplasique.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 51. — Mme D., opérée le 24-11-36.

a) *Lésions* : polype du volume d'un poing.

b) *Technique* : atypique par désinsertion du vagin.
Suspension de la tranche vaginale aux moignons de ligaments ronds.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 52. — Mme R., 40 ans, opérée le 5-11-36.

a) *Lésions* : gros utérus hémorragique et col en mauvais état.

b) *Technique* : typique.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 53. — Mme G., 45 ans, opérée le 24-10-36.

a) *Lésions* : col douteux.

b) *Technique* : habituelle, mais avec cloisonnement vésico-colique.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 54. — Mme R., 41 ans, opérée le 10-10-36.

a) *Lésions* : fibrome.

b) *Technique* : un drain et 2 mèches vaginaux.
Cloisonnement vésico-colique.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 55. — Mme D., 48 ans, opérée le 24-9-36.

a) *Lésions* : fibrome.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 56. — Mme B..., 49 ans, opérée le 10-9-36.

a) *Lésions* : métrorragies profuses. Gros utérus rétroversé.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 57. — Mme C..., 44 ans, opérée le 12-8-36.

a) *Lésions* : fibrome et salpingite.

b) *Technique* : atypique. Utérus montant mal malgré la section première des ligaments utéro-sacrés; un drain et une mèche vaginale, cloisonnement vésico-colique.

c) *Suites* : guérison après suppuration de paroi.

OBS. N° 58. — Mme P..., 43 ans, opérée le 25-4-36.

a) *Lésions* : fibrome et salpingite bi-latérale.

b) *Technique* : fermeture du vagin. Drain abdominal. Appendicectomie.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 59. — Mme F..., opérée le 17-3-36.

a) *Lésions* : fibrome.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 60. — Mme H..., opérée le 13-2-36.

a) *Lésions* : grosse salpingite.

b) *Technique* : drain vaginal. Péritonisation partielle, Mickulicz.

Suites : Décédée.

OBS. N° 61. — Mme B..., opérée le 4-2-36.

a) *Lésions* : femme opérée de grossesse extra-utérine droite. Fibrome plus grossesse extra-utérine gauche.

b) *Technique* : totale avec fermeture du vagin.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 62. — Mme H..., opérée le 21-11-36.

a) *Lésions* : utérus hémorragique. Tumeur solide de l'ovaire droit.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 63. — Mme P..., 43 ans, opérée le 16-11-35.

a) *Lésions* : fibrome.

b) *Technique* : habituelle.

c) *Suites* : guérison.

OBS. N° 64. — Mme M..., 44 ans, opérée le 14-9-35.

a) *Lésions* : fibrome.

b) *Technique* : procédé habituel plus mèche abdominale au contact d'une surface rectale cruentée.

2° Etude critique de ces observations.

Elles sont au nombre de 64. Nous relevons deux décès. Ce qui nous donne une mortalité aux environs de 3 %.

— Walter 2,6 %

— Hartmann 3 %

— Mayo 1,6 %
— Wiart 4,1 %
— Sautter 1 % pour des *totales*
exclusivement pour fibromes.

Notre statistique se rapproche donc des précédentes. Notre but n'est pas la production d'une statistique brute. Nous nous proposons surtout de montrer que le procédé dit « *d'hystérectomie simplifiée* », cette opération sur 4 pincés *est aussi sûre que les autres.*

Si nous analysons nos statistiques nous trouvons :

1°) *Opérées par le procédé de totale simplifiée typique*, c'est-à-dire caractérisée par :

- l'ablation des annexes;
- le clamage unique du pédicule utéro-vaginal;
- la péritonisation sans cloisonnement avec :
 - drain vaginal,
 - petit drain abdominal.

— 40 observations qui sont :

— Observations N° 1, N° 2, N° 3, N° 4, N° 5, N° 6, N° 7, N° 8, N° 12, N° 14, N° 16, N° 19, N° 20, N° 21, N° 22, N° 23, N° 24, N° 27, N° 28, N° 29, N° 30, N° 31, N° 33, N° 34, N° 35, N° 37, N° 38, N° 39, N° 40, N° 42, N° 45, N° 46, N° 47, N° 50, N° 52, N° 55, N° 56, N° 59, N° 62, N° 63.

— *Mortalité* : 0.

2°) *Opérées par la même technique avec modifications partielles.*

A) *Péritonisation incomplète et mèche abdominale.*

— 8 observations :

— Observations : N° 9, N° 11, N° 17, N° 25, N° 36, N° 49, N° 64.

— *Mortalité* : 0.

B) *Cloisonnement colo-vésical.*

— 5 observations : N° 43, N° 48, N° 53, N° 54, N° 57.

— *Mortalité* : 0.

C) *Avec fermeture du vagin* : 2 cas.

— *Mortalité* : 0.

D) *Avec Mickulicz* : N° 10, N° 26, N° 41, N° 60.

— *Mortalité* : 2 cas.

3°) *Cas divers* :

— 1 avec subtotale par décolation antérieure totalisée;

— 1 avec section première des ligaments ronds;

— 1 avec suspension du vagin aux ligaments ronds;

— 1 avec ablation seconde des annexes.

CONCLUSIONS.

Le but de ce chapitre aura été surtout de montrer la sécurité du procédé de totale simplifiée, la simplification pouvant toujours soulever la critique du sacrifice à la sécurité.

D'autres que nous se sont occupés de la question du drainage. Notre statistique à ce propos est peu éloquentes. Toutefois il faut noter que les deux des morts

ont été des cas à *Mickulicz*. Certes ce mode de drainage s'applique aux cas les plus fâcheux et ce seul fait suffirait à lui seul à expliquer la chose.

Ce que nous avons pu voir par ailleurs, ce que nous avons pu faire, ce que nous avons pu lire, nous pousse à préférer au large drainage abdominal, tout au moins dans la totale :

— l'établissement d'un large drainage déclive par mèches et drains;

— la création d'un barrage entre la cavité pelvienne septique et la grande cavité péritonéale par cloisonnement recto- ou vésico-colique.

CONCLUSIONS

Nous nous placerons au double point de vue :

- de la technique;
- des indications.

I. AU POINT DE VUE TECHNIQUE.

1°) *Un principe général domine tous les détails techniques*, la nécessité d'une très grande liberté de manœuvré, d'un très facile accès sur les faces latérales de l'isthme et du vagin. D'où la nécessité :

A) *d'une large incision*, d'une large exploration des lésions.

B) *du désencombrement immédiat du champ opératoire de toutes les pinces inutiles.*

La ligature directe des pédicules supérieurs est préférable à ce seul point de vue à la ligature sur pinces ou sur clamps.

L'utilisation d'instruments à branches longues est préférable à celle de petits modèles qui gênent dans les profondeurs.

C) *L'ablation des organes qui barrent l'accès sur les pédicules utéro-vaginaux.*

L'ablation première des annexes est un procédé à

appliquer dans tous les cas où il est facilement réalisable : il désencombre considérablement les parties latérales du Pelvis.

La subtotale totalisée, de pratique moins courante, n'est à conseiller que dans certains cas très difficiles.

2° *Du point de vue de l'hémostase des pédicules utéro-vaginaux.*

Le clampage par clamp unique, parallèle au bord utérin est aussi sûr que le double clampage de l'utérine et de la cervico-vaginale, à la seule condition qu'il soit réalisé *par un instrument assez puissant pour éviter le dérapage*. Cet instrument a été décrit ci-dessus.

3° *Du point de vue du drainage et de la péritonisation.*

A) *La péritonisation simple et sans cloisonnement pelvien avec drainage mixte* : drain vaginal et petit drain abdominal est d'une *technique simple* et convient parfaitement à tous les cas *peu septiques*, sans *grosse déperitonisation*.

B) *Le cloisonnement recto ou colo-vésical* avec drainage déclive mais *drainage large* (mèches dans la paramètre et drain) est préférable :

- dans les cas *septiques*;
- dans les cas *avec large déperitonisation*.

4° Nous proposons une *technique nouvelle* que caractérisent surtout :

- sa très grande facilité.

— sa très grande simplicité puisque 4 pinces suffisent à enlever la pièce.

Elle comporte comme temps principaux :

— l'ablation première des annexes.

— le clampage unique des pédicules utéro-vaginaux.

— la suture hémostatique du pourtour de la tranche vaginale.

— une péritonisation comparable à celle effectuée dans une subtotalité, sans cloisonnement pelvien.

— un drainage mixte :

— par tube vaginal,

— par tube abdominal placé au fond du Douglas.

I. AU POINT DE VUE DES INDICATIONS :

La décision de l'hystérectomie totale suppose plusieurs étapes :

1° la *décision de l'acte chirurgical*.

La gynécologie moderne est entrée en possession de toute une série d'armes thérapeutiques dont il ne faut pas méconnaître la valeur. Ce ne sont pas des concurrentes de la chirurgie. Chirurgie et thérapeutique médicale ou physiothérapique ont chacune leur indication respective bien précises. La grande chirurgie gynécologique demeure encore le moyen d'action prépondérant, dont le moindre mérite n'est pas le clair bilan des lésions dans une spécialité où le diagnostic apparaît si difficile.

— C'est de la précision de ce diagnostic que dépend le choix entre les moyens chirurgicaux et les thérapeutiques d'un autre ordre.

— C'est dire l'importance, à côté du toucher vaginal de tous les moyens d'investigation possibles : examen au spéculum, épreuve de Schiller, biopsies diverses, examen radiologique, dosages hormonaux et tests cyto-hormonaux.

On aboutit ainsi :

— Tantôt à un résultat précis qui donne à chaque thérapeutique, et à la thérapeutique chirurgicale en particulier sa pleine justification.

— Tantôt à des résultats douteux : la chirurgie apparaît alors autant comme un moyen de reconnaissance que comme un moyen thérapeutique. Elle doit être préférée, dans certains cas, à tout autre moyen aveugle.

2° *La décision de l'hystérectomie* soulève 2 questions :

— totale ou subtotale ?

— en cas de totale, quel procédé adopter ?

A) *Totale ou subtotale ?*

a) Nous avons vu qu'il existe des cas où la discussion est superflue et où la nécessité de la totale est imposée par une lésion maligne, corporéale, ou une suspicion de malignité.

b) Il est des cas où la question peut se poser.

— Nous avons retenu 2 indications essentielles à l'hystérectomie totale :

— l'indication d'ablation d'un col en mauvais état (*hystérectomie totale par indication cervicale*).

— l'indication d'un drainage large, que l'on préfère

déclive (*hystérectomie totale par indication et drainage*).

B) *Quel procédé choisir ?*

a) Le plus simple dans les cas simples et nous avons suffisamment défendu le procédé d'hystérectomie simplifiée.

b) Le mieux adapté aux circonstances en cas de complications imprévues.

— Nous insistons pour finir sur la nécessité de l'éclectisme dans le choix des procédés opératoires toutes les fois que les lésions sortent de l'ordinaire; sur la nécessité pour le chirurgien de connaître un nombre de procédés suffisants pour n'être point gêné dans ses décisions par le souci purement matériel de la technique.

Vu, Le Président de la Thèse,
P. MOCQUOT.

Vu, Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

La thèse de Diamant-Berger (1929) comporte une bibliographie importante.

Nous ne dresserons ici que les publications parues depuis 1930 jusqu'à 1938 en faisant abstraction de celles relatives aux lésions urinaires, aux dégénérescences d'un col restant après subtotale, aux suites éloignées.

BONNEAU. — Le grand drainage par voie vaginale après hystérectomie totale. *La Gynécologie*, Paris, An. XXXII, Fév. 1933.

BURCH et BURCH. — Mortalité dans les Hystérectomies. *American journal of obstetrics and gynecology*, St-Louis, Vol. XXI, N° 5, Mai 1931.

BRÉCHET. — Le moment opératoire au cours des infections chirurgicales latentes. *Cahiers de pratique médico-chirurgicale*, 1936, N° 3.

BRYAN. — Hystérectomie totale. *Annales of Surgery*. Philadelphie, Vol. 103, N° 6, Juin 1936.

CLAUBERG. — Hystérectomie totale avec les annexes pour cancer de l'ovaire. *Zentralblatt für gynecologie*, Leipzig A, 58, N° 14, Avril 1934.

DAVID et CUSICK. — Etude critique de 333 hystérectomies. *American Journal of obstetrics and gynecology*, Vol. XIX, N° 19, Fév. 1930.

DIAMANT-BERGER. — De l'hystérectomie totale. *Thèse Paris*, 1929.

— L'hémostase dans la totale. *Bulletin médical*, Paris, An. XLIV, N° 12, 15 mars 1930.

FAULKNER. — L'hystérectomie. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, Vol. XCV, N° 21, 22 novembre 1930.

- FAURE (J. L.). — Hystérectomie abdominale totale ou subtotale ? *Presse médicale*, N° 4, 14 janvier 1933.
- Les procédés d'hystérectomie abdominale. *Gynécologie et obstétrique*, T. 31, N° 6, Juin 1935.
- FARRAS. — Hystérectomie abdominale totale; Anatomie et technique.
- FORGUE. — Hystérectomie totale ou subtotale ? *Presse Méd.*, N° 48, 28 septembre 1932.
- Hystérectomie totale ou subtotale ? *Normandie Méd.* An. XLIII, N° 7, Août 1932,
- GOSSET et FUNCK-BRENTANO. — Résultat du traitement chirurgical des fibromes de l'utérus. *Technique chirurgicale*, Paris, 1936.
- Péritonites à colibacilles dans les suites des hystérectomies supra-vaginales pour fibromes. *Bul. et Mém. de l'Ac. de Chirurgie*, 17 mars 1937.
- GRAAF (Von). — Hystérectomie abdominale totale. *American Journal of obstetrics and gynecology*, Vol. XXII, N° 2, Fév. 1932.
- GRIFFITH. — Quelques phases de l'hystérectomie. *American Journal of Surgery*, Vol. XX, N° 3, Juin 1933.
- HÉROLD. — La possibilité de l'apparition d'un cancer du moignon doit-elle faire écarter la subtotale ? *Zentralblatt für gynekologie*, An. LVII, N° 2, 14 janvier 1933.
- IROFTI. — Résultats de l'hystérectomie en dehors du cancer. *Revue médico-chirurgicale de Jassy*. An. 45, Janvier-Avril 1934.
- KENNEDY. — Reconstruction des ligaments du col après totale. *American journal of obstetrics and gynecology*, Vol. XX, Juil. 1930.
- KILGORE. — Traitement du cancer du corps. *Surgery, gynecology and obstetric*, 15 fév. 1936.
- KNAUS. — La valeur de la salpingectomie au cours de l'hystérectomie abdominale ou vaginale. *Wiener Klinische Wochenschrift*, N° 21, 28 mai 1937.
- LABEY, FAYOT et GUIHÉNEC. — Technique de l'hystérectomie abdominale subtotale totalisée. *Journal de Chirurgie*, Paris, Mai 1932.

- LEVENT. — Hystérectomie totale ou subtotale ? *Gazette des Hôpitaux*, N° 90, 11 novembre 1933.
- LEJARS-BROCQ et CHABRUT. — Chirurgie d'urgence.
- LANOS, BUSSE. — Technique simplifiée d'hystérectomie abdominale totale avec drainage. *Société de Chirurgie de Paris*, 7 Avr. 1933.
- LOEWY et GOSSET. — Infection utérine post-partum progressant après curetage. Hystérectomie abdominale totale. Guérison. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, N° 21, 28 juin 1930.
- DE LORTALLOT DE BACHOUÉ. — Etude statistique des hystérectomies. *Thèse Bordeaux*, 1937.
- MALFATI. — Une broche-égrigne pour la luxation de la portion intra-vaginale dans l'hystérectomie. *Zentralblatt für gynecologie*, N° 23, 6 juin 1931.
- MOLIN et CONDAMIN. — Vaccinothérapie pré-opératoire des fibromes utérin infectés. *Lyon Médical*. An. LXIII, T. C. XLVII, N° 11, 15-3-31.
- MONJARDINO. — L'élévation de l'utérus par voie vaginale dans l'hystérectomie totale. *Gynécologie et Obstétrique*, T. XXXI, N° 4, Avril 1930.
- MORICE. — Recherches bactériologiques sur la septicité des fibromes. *Bulletin et Mémoires de la Sté de Chirurgie*, 3 mars 1934.
- MERGER. — Contribution à l'étude du chorio-épithéliome malin. *Thèse Paris*, 1932.
- OCKINZYK. — Totale ou subtotale ? 388 observations. *Gynécologie et Obstétrique*, T. XXVII, 3 mars 1933.
- . Hystérectomie pour fibromes. *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, 1934, T. 63, N° 11.
- OLLIVIER (Henri). — Les hystérectomies abdominales. *Thèse Paris*, 1937.
- PAUCHET. — Pratique chirurgicale illustrée. Pascalis. Technique de la totale, T. 21.
- PASCALIS. — Un procédé d'hystérectomie totale dans les tumeurs et infections utérines. *Journal de Méd. de Paris*, An. XXV, N° 2, Février 1933.
- PROUST et CHARRIER. — Chirurgie de l'appareil génital de la femme.

RICHARDSON. — Technique de l'hystérectomie totale. *Surgery, gynecologie and obstetrics*. Vol. XLIX, N° 5, Novembre 1929.

RICHARDSON. — Hystérectomie totale ou subtotal dans la maladie bénigne de l'utérus ? *American Journal of Surgery*, New-York, Vol. 28, N° 3, Juin 1935.

— Totale abdominale contre vaginale. *American journal of obstetrics and gynecology*, Vol. 32, N° 3, septembre 1936.

RINAMAN et BENTON. — Etude de la morbidité et de la mortalité de 242 hystérectomies faites dans un hôpital privé. *American journal of Surgery*, vol. 27, N° 2, Février 1935.

SAMUEL et EDLAVITCH. — 303 hystérectomies abdominales consécutives. *American journal of obstetrics and gynecology*, Vol. XXV, N° 3, Mars 1933.

SOLOMON. — Technique de l'hystérectomie totale. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Vol. 21, Octobre 1930.

SPENCER. — Totale pour myome de l'utérus. *British medical journal*, 25 juin 1932.

STANCA. — Statistiques d'hystérectomies de 1929-1931. *Gynecologia si obstétrica Bucarest*, T. VIII, N° 5 et 6 janvier et Février 1933.

SCHWARTZ. — Phlébites post-opératoire. *Bul. et Mémoire de la Société de Chirurgie*, 17 janvier 1934.

SAUTTER (Yves). — Contribution à l'étude du drainage et de la péritonisation dans l'hystérectomie pour fibrome. *Thèse Paris*, 1938.

TOUPET et MARION. — *Techniques chirurgicales*.

VINCENT. — Hystérectomie totale en 2 temps. *Thèse Bordeaux*, 1937.

WAHLBRUCH. — Nécessité de l'extirpation des annexes au cours des opérations pour cancer du corps utérin. *Zentralblatt für gynekologie*, N° 15, 15 avril 1935.

WITHERSPOON et BUTLER. — Hystérectomie totale. *The American journal of Surgery*, Vol. 22, N° 3, Décembre 1933.

WORREL. — Hystérectomie totale pour maladies sans malignité. *British medical journal*, 1^{er} avril 1933.

ZUCKERMANN. — Hystérectomie abdominale totale. *Cirurgia y cirurgianos Mexico*, An. 1, N° 1, 1933.

— Hystérectomie abdominale totale. *Revista Mexicana de cirugía gynecologia y cancer Mexico*, An. 4, N° 3, Mars 1936.

— *Hystérectomie totale ou subtotale. R. M. de C. G. Y C.* An. 4, N° 5, Mai 1936.

